Socialstyrelsen i takt med tiden?

De första femtio åren

Olof Edhag – Birgitta Eriksson

Socialstyrelsen i takt med tiden?

De första femtio åren

Olof Edhag – Birgitta Eriksson

Grafisk form: Fhebe Hjälm,
tidigare anställd på Socialstyrelsens kommunikationsavdelning
Tryck: Åtta.45 Tryckeri AB, Stockholm, oktober 2018

Förord

Oberoende av varandra hade vi två författare burit på idén att beskriva den myndighet som inom sig skulle rymma ansvaret för både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som nu har femtio år att blicka tillbaka på. Då vi möttes vid ett studiebesök ordnat av Socialstyrelsens seniorförening 2016 togs frågan spontant upp. Sagt och gjort. Vi satte igång.

Socialstyrelsen har under de gångna femtio åren 1968–2018 genomgått många förändringar, nya uppgifter har tillkommit, en del har flyttats över till andra befintliga eller nya myndigheter och några har helt försvunnit.

För att bredda perspektivet har vi bett verkets generaldirektörer, några tidigare medarbetare och andra som på olika sätt varit knutna till myndigheten att skriva om ”Ditt bästa minne från din tid på Socialstyrelsen” eller ”Vad tycker du att Socialstyrelsen ska få positiva omdömen för i historieböckerna?”

Det har varit svårt att göra ett urval bland allt det som hänt under Socialstyrelsens femtio första år. Vi hoppas dock att det vi redovisar ger en bild av Socialstyrelsens verksamhet och hur en myndighet med uppgift att följa och påverka utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården, socialtjänsten och omsorgen arbetat.

Ett stort tack till personal på Kommunikationsavdelningen, personal i Socialstyrelsens arkiv och i receptionen på Rålambsvägen samt alla som bidragit med minnen, underlag, texter, bilder och uppmuntrande ord. Ett särskilt tack till Cecilia Björkelund, Helena Dahlgren, Åsa Ekman, Lars Grönvall och Lennart Rinder som läst manus och lämnat konstruktiva synpunkter.

Om oss som gjort boken

Olof Edhag är läkare med specialiteterna internmedicin och hjärt-kärlsjukdomar, disputerade på Serafimerlasarettet 1969, docent vid Karolinska institutet och professor h.c. Han har bland annat varit överläkare på Huddinge sjukhus med ansvar för hjärt-kärlsektionen. 1973–79 föredragande läkare på Socialstyrelsen samt överdirektör 1990–1998. Efter det har han bland annat haft regeringsuppdrag som utredare av läkemedelsförmånen och av omfattningen av administrationen i vården. Vid sidan av sin vetenskapliga produktion har Olof Edhag bl.a. gett ut ”Läkare i praktiken – Att hantera yrkesrollens många dimensioner” tillsammans med Mårten Rosenqvist på Natur och Kultur.

Birgitta Eriksson är journalist och har bland annat arbetat på facktidningar. Hon anställdes som redaktör på Socialstyrelsen hösten 1968. Hon var under cirka 30 år chef för bland annat Socialstyrelsens kommunikationsavdelning och därefter projektledare och sakkunnig med ansvar för frågor om patientens ställning. Bland utgivna rapporter kan nämnas ”Hälsa på internet”, ”Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg”, ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig” samt ”Min guide till säker vård”. Även efter pensioneringen 2012 har hon anlitats av Socialstyrelsen i olika projekt.

Så här har boken kommit till

Texterna är till största delen hämtade ur publikationer, PM och annat material som vi haft tillgång till eller kunnat ladda ner från Internet, dokument från Socialstyrelsens arkiv, Kungliga biblioteket och bidrag från andra som varit eller är anställda på Socialstyrelsen.

I viss mån färgas förstås urvalet av våra olika professioner och våra positioner inom Socialstyrelsen. Socialstyrelsens omfattande verksamhet är inte lätt att inordna under logiska rubriker. Vi har därför valt att lägga delar i kapitlen ”Några milstolpar de första 20 åren” och ”Från 1990 till nutid”. Under 1990-talet förändrades Socialstyrelsen påtagligt genom omorganisation och förstärkning av tillsynen. Betydande utveckling skedde också inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, barn och ungdom och äldreomsorg som därför beskrivs i båda kapitlen. Annat som varit mer speciellt eller inte avgränsat i tid har fått egna kapitelrubriker. I kapitel ”10. Heta frågor under de femtio åren” beskriver vi till exempel sådant som fått stor uppmärksamhet.

Den förhållandevis detaljerade beskrivningen av hur Socialstyrelsen kom till och har förändrats har tagits med för att visa hur staten arbetar med att utveckla en myndighet. En del statistik finns också med för att illustrera den utveckling som skett inom olika områden och en del historiska tillbakablickar har inspirerat till att ta reda på hur det ser ut idag.

Tidigare medarbetares bidrag på temat ”Mitt bästa minne från min tid på Socialstyrelsen” eller ”Det här tycker jag Socialstyrelsen ska få positiva omdömen för i historieböckerna” finns inom tonplattor i marginalen eller i löpande text. Några bidrag finns också i ”Fler röster om Socialstyrelsen”. Generaldirektörernas svar på samma frågor har vi samlat i kapitlet ”Generaldirektörernas goda minnen”. Tänkvärda klipp ur personaltidningen, citat från pressen, texter hämtade från skämtteckningar och andra tidsdokument har vi också lagt på tonplattor för att ge läsaren en chans till aha-upplevelse eller småleenden.

Vi har skrivit Socialstyrelsen och andra myndigheters namn med stor bokstav och har även i övrigt försökt följa Myndigheternas skrivregler [1]. Personnamn kursiveras första gången de nämns. Titlar anges på utomstående personer, däremot inte på personer anställda på Socialstyrelsen om det inte har särskild betydelse för den historiska beskrivningen. Många är också de personer vi inte nämner med namn men som givetvis haft betydelse för händelser och utveckling. I ”Personförteckningen” (s. 223) finns uppgifter om de personer som medverkar med texter. För källhänvisningar använder vi Vancouver-systemet. Vid citat ur verkets personaltidningar, dags- och fackpress samt regerings- och riksdagsdokument anges källan efter den citerade texten.

Innehåll

1. Det började för länge sedan 9
Sjukvårdens utveckling i Sverige 9
Det sociala arbetets historia 11

2. Sammanslagningen – syfte och ambitioner 14
Tre huvudmål 14
Verkets första instruktion 15
Fem avdelningar 15
Många underförvaltningar 17
Felvänt bisamhälle 17
Du-reformen gav eko i pressen 17
Invecklat och omfattande arbetsfält 18
Händelserikt år i omvärlden 18

3. Större översyner..... 20
Översynsutredningen (ÖSoS) 20
Socialstyrelsen i förändring 22
Besparings- och omställningsarbete i början av 2000-talet 27
Länsstyrelsernas sociala enheter till Socialstyrelsen 28
Nationell modell för kunskapsstyrning 28
Tillsynen blir egen myndighet 29
Stegvisa förändringar 29
Processinriktad organisation 30
Dagens huvuduppgifter och organisation 30
Strategisk färdplan 2017–2020 30
Förändring och följsamhet i takt med lagändringar 33

4. Några milstolpar de första 20 åren 34
Statlig detaljstyrning av sjukvården 34
Medicinsk tillsyn före 1990 35
Anmälningsskyldighet enligt lex Maria 37
Folkhälsoarbete 37
Synen på socialvården 41
Samhällsplanering i fokus 42
Samverkan mellan myndigheter 43
Från socialvård till socialtjänst 44
Barn- och ungdomsfrågor 45
Från isolering till integrering 51
Äldreomsorgen 53

5. Från 1990 till nutid 56
Socialstyrelsen behöver ny inriktning 56
Satsning på den medicinska tillsynen 56
Ledningssystem och God vård 62
Samordning av tillsynen 64
Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 65

Medicinteknisk säkerhet 65
Oanmälda besök i vården 67
Länsvis uppföljning 70
Socialtjänsten från 1990 73
Socialtjänstens kunskapsutveckling 75
Barn- och ungdomsfrågor 77
Stöd och service till personer med funktionsnedsättning 79
Äldreomsorg **80**
Två tillsynsärenden inom äldrevården 86

6. Sverige ett mångetniskt samhälle 88
Ensamkommande barn och unga 89
Socialstyrelsens vitbok 89
Vård som inte kan anstå 90
Omfattande utgivning 90
Information till föräldrar och personal 91

7. Struktur, organisation och metoder i vård och omsorg 93
Från HS 80 till HS 90 93
Dagmar 50 93
Prioriteringsutredningen 94
Primärvården 95
Ädelreformen 100
Statligt stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering 103
Psykiatrireformen 103
Ny tvångsvårdslagstiftning inom psykiatrin 107
Läns- och/eller regionsjukvård 107
Från Rikssjukvård till Nationell högspecialiserad vård 108
Länsdelssjukhus blir närsjukhus 109
Vad får vi för pengarna? 111
Utveckling av metoder 112
Screening och hälsokontroller 115
Katastrofer i fred och krig 117
Läkemedelsfrågor 119
Patientens ställning 120
Omfattningen av administration i vården 122
Legitimationer, planeringsstöd och statistik 125

8. Insamling och förmedling av kunskap 128
Statistiken ger kunskap 128
Socialstyrelsens register 128
Sammanställning och förmedling av kunskap 132

9. Socialstyrelsen följer utvecklingen 136
Uppföljning och utvärdering 136
Folkhälsorapporter 136
Uppgifter från några folkhälsorapporter 137
Sociala rapporter 139
Miljöhälsorapporter 141
Sjukvårdsrapporter 141
Jämlikhet och jämställdhet 143
Nationella kvalitetsregister 144
Nationella indikatorer för god vård 145
Öppna jämförelser 146

10. Heta frågor under de 50 åren 148
THX-doktorn 148
Antroposofisk medicin i Järna 149
Akupunktur 149
Amalgam 150
Elkänslighet 151
Hiv och aids 151
Nytt dödsbegrepp och ny transplantationslag 154
Centralisering av barnhjärtkirurgin 157
Behandlingsmetoder inom psykiatrin 158
”Apatiska barn”/Barn med uppgivenhetssyndrom 159
Narkolepsi 159
”Heta frågor” i tillsynen 160

11. Skadligt beteende, utsatthet och hälsorisker 164
Socialstyrelsen och tobaken 164
Alkohol- och narkotikafrågor 166
Spelmissbruk 171
Kvinnomisshandel 172
Barn som far illa 173
Olyckor och skador 174
Bekämpning av smitta 176
Hälsorisker i miljön 177

12. Socialstyrelsen i världen 180
Nämnd samordnade internationella frågor 180
Nordiskt samarbete 181
Framträdande frågor under 70-talet 181
Mer WHO 182
Östeuropeiskt samarbete 184
Jämförelse mellan EG-länder 184
Världsutställningen i Sevilla 1992 185

13. Många sätt att informera och påverka 186
Växande utgivning 186
Socialstyrelsens tidningar 188
Socialstyrelsen ställer ut 189
Socialstyrelsen och media 191

14. Socialstyrelsen och IT-utvecklingen 195
ADB-satsningarna tog fart 195
Socialstyrelsens webbplats öppnas 196
Granskning av webbplatser 199
Från InfoVU till Nationell informationsstruktur 201
MARS – Medical Access and Result System 202
Satellitkonferenser och bandade verksmöten 203
I takt med den digitala utvecklingen 203

15. Fler röster om Socialstyrelsen 204

16. Generaldirektörernas goda minnen 212

17. Reflexioner 221

18. Personförteckning 223

19. Referenser 225

1. Det började för länge sedan

”I have a dream …” De orden från Martin Luther King den 28 augusti 1963 är lätta att minnas. Om de också var en ledstjärna för utredare och riksdag när sammanslagningen av Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen förverkligades den 1 januari 1968, samma år som Martin Luther King mördades, ska vi låta vara osagt. En hög ambition hade man dock. Men hur var det från början?

Sjukvårdens utveckling i Sverige

Var man än börjar i historien, så finns läkekonsten och den sociala omsorgen där, i olika tappningar och stadier. Inte minst i form av kloka gummor och gubbar. När det gäller Sverige, så finns det mer säkra uppgifter från och med medeltiden. Här liksom i övriga kristenheten var det till klostren människor vände sig. Sjukvård och socialvård var integrerade delar av klostrens verksamhet. Då klostren avskaffades på 1500-talet splittrades verksamheten. [2]

Munkarnas kunskaper om läkekonsten och växters läkande effekt, som de fått genom studier av antika skrifter, användes till att utöva sjukvård. Kristendomen i sig inspirerade också till social verksamhet. Båda verksamheterna var betydande i klostren före reformationen.

Eftersom munkarna inte fick raka sig själva, anställdes bardskärare. Av munkarna lärde sig bardskärarna en del enklare kirurgiska ingrepp. När munkarna på 1200-talet förbjöds att befatta sig med kroppen – för att i stället ägna sig åt själen – tog bardskärarna över sysslan att operera. Därmed blev de föregångare till dagens kirurger.

Klostren hade alltså utvecklat sin verksamhet i närmare 500 år när Gustav Vasa med reformationen krossade hela klosterväsendet. Därmed upphörde även dåtidens svenska sjukvård och socialtjänst.

Självständiga yrkesgrupper

Samtidigt kunde nu självständiga och profana yrkesgrupper börja utvecklas i deras ställe. Bardskärarskrået bildades 1496 och Bardskärarämbetet, senare Kirurgsällskapet, bildades 1571, med uppgift att förse armén och flottan med fältskärer.

Den akademiska medicinarutbildningen kom senare. Först på 1620-talet fick Uppsala universitet en medicinsk fakultet. Lund fick motsvarande 50 år senare. Därmed etablerades universitetsmedicinen i Sverige. Under medeltiden fanns en tidigare institution för högre utbildning i Lund.

Societas chirurgica och Collegium medicum bildas

Utvecklingen på det medicinska området började ta fart på 1600-talet. Det tidigare Bardskärarämbetet blev 1655 Barberarämbetet och 1685

MEDORG
– en guldgruva för forskare

Medicinalstyrelsens bibliotekschef *Märtha Elvers-Hulth*, byggde efter sin pensionering upp en unik bibliografi över det svenska medicinalväsendets organisation och historia. Bibliografin omfattar tiden 1663–1967, dvs. från Collegii mediciis start 1663 till samgåendet mellan Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen 1968. Bibliografin består av cirka 50 000 referenser, dvs. hänvisningar till artiklar m.m., från början nedskrivna på katalogkort. Numera finns de samlade i databasen MEDORG, som Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån byggde upp under 1990-talet. Referenserna finns fritt tillgängliga via databasens webbplats. [3, 4]

Grégoire François Du Rietz, som var Collegiets första praesides 1663–1682 fick pryda ett förstadagsbrev när Medicinalstyrelsen fyllde 300 år 1963.

Societas chirurgica. Den 16 maj 1663 bildades Collegium medicorum genom en kunglig resolution undertecknad av drottning Hedvig Eleonora, 1688 omdöpt till Collegium medicum. Enligt medicinalordningen från 1699 var syftet att fördriva dem som ”smörja på folket sina förfalskade, bedrägliga och högst skadliga medikamenter”. *Grégoire François Du Rietz* var Collegiets första praesides 1663–1682. [5]

År 1804 skrev Med. Doct. & Chir. Mag. Eric Gadelius: ”Stats-Medicinen är en kunskap om Läkare-vettenskapens användande till bevakande af allmän och enskild säkerhet, i alla de fall der denna säkerhet beror af en sådan vetenskapens tillämpning. Den utgör tvenne hufvuddelar: en som har afseende på Läkarevårdens förvaltning, och kallas Medicinsk Policie, och den andra som har afseende på lagarnes handhafvande, och kallas Medicin-Lagfarenheten”. [6] Han och flera efter honom såg det alltså som att Collegium medicorum inte bara hade att driva utvecklingen utan även bevaka att de som arbetar i vården gör det i överensstämmelse med den vetenskap som är för handen.

Collegium medicorum skulle enligt sitt privilegiebrev också hålla uppsikt över Societas chirurgica. Dessa båda läkarlinjer låg under 1700-talet i ständig fejd med varandra – ”akademikerna mot hantverkarna” – för att till slut ändå förenas i en organisation 1797. Trots det fortsatte stridigheterna ända till 1874, då Karolinska Institutet, som hade bildats i mitten på 1700-talet för att ansvara för den kirurgiska utbildningen, blev jämställt med universitetens medicinska fakulteter.

Kungliga Sundhetskollegiet

1813 bildades Kungliga Sundhetskollegiet och fick i uppdrag att ha ”öfverinseendet och styrelsen öfver sundhetstillståndet, läkarvården och sjukskötseln”, såväl hos invånarna i allmänhet som vid krigsmakten till lands och till sjöss. Den förste generaldirektören blev David Schulz von Schulzenheim; en verklig eldsjäl som stannade på sin post tills han var över 90 år.

Kungliga Medicinalstyrelsen bildades 1878 och skulle enligt instruktionen utöva den högsta tillsynen över den allmänna hälso- och sjukvården i riket. Allt från hälsobrunnar och badinrättningar till soldaternas väl och ve.

Huset finns kvar

På en marmortavla vid Slussen i Stockholm kan följande läsas:
”Södra stadshuset uppfördes 1667–1684 på de ryska köpmännens handelsplats Ryssbodarna. Från början voro här inrymda Politikollegium och södra Kämnärskammaren, Stadskällaren, Stadsvakten och Gäldstugan samt Collegium medicum.
(Stockholms stadsmuseum öppnades i byggnaden 1942.)”

Provinsialläkare Jerlings berättelse

Följande står att läsa i provinsialläkare Jerlings rapport om invånarna i 8 socknar i södra Kronoberg i slutet av 1800-talet: ”Brännvinssuperiet är mycket allmänt och i vissa delar florerar lönnkrögeriet i hög grad, ja till och med gynnas av allmogen och landthandlare. Bruket av kaffe sprider sig mer och mer, ehuru det ännu på de flesta ställen endast förekommer vid festliga tillfällen.” [7]

Först i världen med vaccination

Redan på 1700-talet var de styrande måna om att försöka få kontroll över epidemier och sjukdomsutbrott. Collegium medicorum hade i uppdrag att bevaka folksjukdomar, veneriska sjukdomar och koppympning, där Sverige låg långt framme internationellt sett. Som första land i världen lagstiftade man till exempel 1816 om att alla barn under två år skulle vaccineras mot smittkoppor.

I början av 1900-talet förändrades Medicinalstyrelsens verksamhet på flera olika punkter. Det vetenskapliga rådet tillsattes och flera verksamheter avknoppades från myndigheten, till exempel krigssjukvården och veterinärärendena. I början på 1950-talet startade Nämnden för internationella hälsovårdsärenden (NIH) för samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) och andra internationella organ. Se s. 180.

I slutet på fyrtiotalet inrättades också tjänsten som överdirektör (ÖD) vid sidan av generaldirektören (GD).

Det sociala arbetets historia

Ansvaret för socialtjänsten – fattigvården – låg länge kvar på kyrkan som en form av välgörenhet, och delades med familjen och socknen. Vem som skulle få komma till fattigstugan eller hospitalet avgjordes på sockenstämman, där pastorn var ordförande. Den som inte kunde försörja sig kunde få rotera mellan gårdarna som inhyseshjon. Den som hade skadats svårt i krig eller tjänat länge i armén eller hos en adelsman kunde få förmånen av en pension. Föräldralösa barn togs om hand av släkt eller ”kristmilda” människor. När familjen eller församlingen inte klarade uppgiften, återstod endast tiggeri. [2,9]

Mot denna bakgrund tillkom fattigvårdsstadgan 1847. Där fastslogs ”varje kommuns skyldighet att lämna underhåll och vård åt medellösa personer som inte kunde försörja sig genom arbete eller inte fick understöd från annat håll”. Flertalet var gamla men många hade fysiska eller psykiska handikapp.

Arbetarfrågorna samlas

Det var under åren före första världskriget som förståelsen för de sociala sammanhangen bröt igenom. Inom statsförvaltningen behandlade man visserligen sociala frågor, de så kallade ”arbetarfrågorna”, men de var splittrade på nära nog samtliga departement. Tyngdpunkten låg på kommerskollegium.

År 1912 skapades därför ett nytt ämbetsverk, Kungliga Socialstyrelsen, som skulle samla alla ”arbetarfrågorna” – bland annat fattigvården, nykterhetsvården, de ”vanartade” barnen och arbetarskyddet – på ett ställe. Instruktionen var att lära känna de sociala förhållandena och undanröja, förebygga eller mildra sociala missförhållanden, särskilt problemet med fattigdomen. Man skulle bedriva en vidsynt och målmedveten socialpolitik, för vilken det krävdes en allsidig sakkunskap.

Några viktiga årtal i svensk hälso- och sjukvårds utveckling

1862 – Landstingen bildas.
1928 – Landstingen får lagstadgat ansvar för den slutna kroppssjukvården.
1938 – Institutet för folkhälsa beslutas av riksdagen.
1963 – Landstingen tar över provinsialläkarna.
1967 – Landstingen tar över mentalsjukhusen.
1970 – Den offentliga sjukvården får likformiga patientavgifter (sjukronorsreformen) och de anställda läkarna får totallön.
1975 – Privatläkarna får möjlighet att ansluta sig till sjukförsäkringen och ersättningen regleras.
1982 – Länsläkarorganisationen avvecklas.
1991 – Möjlighet till försök med primärvård under kommunalt huvudmannaskap.
2007 – Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet går samman och bildar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [8]

Nordanö försörjningshem Folkärna socken, södra Dalarna. Bilden tagen på 1920-talet. Foto: Anna Ståhl

Ansvar för flyktingförläggningar

På 1920- och 30-talen stiftades flera nya lagar, bland annat alkoholistlagen 1931. Sjukkassan reformerades. Detta gjorde att Socialstyrelsen 1938 organiserades om till ett rent socialvårdsverk. Man betonade fattigvården, barnavården och skyddshemmen. Senare lades tyngdpunkten på socialtjänst, äldreomsorg, barn- och ungdomsomsorg samt handikappfrågor. Kriget 1939–1945 innebar för Socialstyrelsen, liksom för Medicinalstyrelsen och många andra ämbetsverk, nya och grannlaga uppgifter. Sverige tog emot ett stort antal flyktingar under kriget och det ankom på Socialstyrelsen att ”upprätta och driva särskilda förläggningar för sådana utlänningar som inte ansågs kunna få vistas på fri fot i landet under krigstid.” Socialstyrelsen fick också uppdraget att efter samråd med statens utlänningsnämnd besluta om vilka utlänningar som skulle placeras i lägren.

Makarna Myrdals reformförslag:

- fri sjukvård
- gratis skollunch (infördes 1946)
- barnbidrag (inkomstbaserat infördes 1937 och allmänt 1948)
- större och bättre bostäder
- förmånliga bostadslån
- subventionerade hyror
- båda föräldrarna skulle arbeta utanför hemmet
- det patrialkala familjesystemet revideras i grunden.

Familjepolitik och statistik

Makarna Myrdals bok ”Kris i befolkningsfrågan”, som kom ut 1934, var en av startsignalerna för den senare starka betoningen på de familjepolitiska reformerna. Socialstyrelsen fick ständigt nya arbetsuppgifter inom det socialpolitiska området: barntillsyn i form av bland annat daghem och lekskolor, feriehem, barnkolonier, semesterhem och fria semesterresor för husmödrar. Utvecklingen inom socialstatistiken betydde för Socialstyrelsens del bland annat att man skulle samla in prisstatistik och utarbeta konsumentprisindex samt utföra prisgeografiska mätningar som skulle bilda underlag för dyrortsgrupperingen. I början av 1960-talet överfördes dock en del av verkets statistiska uppgifter till Statistiska centralbyrån. Kvar blev bara den rena socialvårdsstatistiken. [9,10]

Socialstyrelsens porträttsamling

En påminnelse om den medicinska delen av verkets historia får man av Socialstyrelsens porträttsamling som enligt Nationalmuseums expertis är unik i Sverige. Collegii Medicii, styrelsens ursprungliga sammanslutning, beslöt följande enligt protokoll den 28 mars 1707:

”Resolverades att portraiterna och conttefaiterna af Doctorerne som hafwa warit och äro membra Collegii och andra dylika män, skola samblas och Collegii Sahl thermed utprydas, och de som eij elliest äro at bekomma, uthan att man dem afcopiera låthta, så skall Collegium dett för sina egna medel giöra låtha…”.

I collegiets kassabok under 1700-talet kan man utläsa betalningar till konstnärer för de olika porträtt och byster som finns med i porträttsamlingen.

Enligt en förteckning från 1916 bestod samlingen av 72 porträtt i olja och pastell, däribland fyra porträtt av svenska kungar, en byst i marmor och två i gips samt två bronserade medaljonger i gips.

Porträtt möter besökare

Vid senaste sekelskiftet var konstsamlingen i dåligt skick och dåvarande tillsynsmyndigheten Nationalmuseum påpekade brister i registreringen. En medarbetare på Socialstyrelsen, *Dag Swenson*, med stort intresse för

samlingen fick som nybliven pensionär i uppdrag att genomföra registreringen i Statens konstdatabas. I samma veva övergick tillsynen till Statens konstråd. Den tillträdande intendenten blev imponerad av porträttsamlingen och medverkade till att porträtten koncentrerades till verksledningens byggnad och huvudentrén samt monterades professionellt. Anställda och besökare möts därför av porträtt på äldre tiders chefer i verkets nuvarande lokaler. Det första porträttet på en tidigare generaldirektör som möter besökaren redan i Rålambsvägens entré är *Barbro Westerholm*. På en vägg i entréplanets korridor kan man också se fotografier på tidigare generaldirektörer.

Men även modernare konst har suttit och sitter på Socialstyrelsens väggar. När *Maj-Britt Sandlund* blev generaldirektör ville hon hedra sin hemtrakts konstnärer och såg till att tavlor från alla Halmstadgruppens medlemmar placerades i ett av Socialstyrelsens sammanträdesrum på Linnégatan 87 som därmed döptes till Halmstadsrummet. Numera pryder gruppens tavlor ett av sammanträdesrummen i anslutning till Socialstyrelsens entré på Rålambsvägen.

Socialstyrelsens konstförening har gamla anor

I verkets personaltidning SoS-aktuellt nr 4/84 får man veta att verkets (läs Medicinalstyrelsens) konstförening startade redan 1947, vilket betyder att den nu (2018) funnits i 71 år. I skrivande stund är *Lotti Barlow* ordförande. *Märta Nordenfelt* är sekreterare sedan många år.

”

Sven-Olof Hedengren:
Socialministerns namnvånda

När det gäller sammanslagningen har jag i tydligt minne den kväll när riksdagen fattade beslut i denna fråga. Då var jag departementsråd i Socialdepartementet och således medansvarig i propositionsskrivandet. Socialministern Sven Aspling var hela tiden mycket kluven i namnfrågan – medicinalstyrelsen, socialstyrelsen eller till och med ett mellanting. Å ena sidan hade ju ordet social en alldeles särskild laddning, inte minst för en f d partisekreterare åt socialdemokraterna och sedan socialminister, å andra sidan vägde den ”gamla” medicinalstyrelsen tyngre än den ”gamla” socialstyrelsen och alla företrädare för medicinalväsendet låg kraftigt på för bibehållandet av namnet medicinalstyrelsen för det sammanslagna verket. Ett argument var det historiska. Ganska kort tid före sammanslagningen hade man firat Medicinalstyrelsens 300 år. Så det fanns anor. Jag försökte också påverka Sven i den senare riktningen. Så blev det: propositionen föreslog ”medicinalstyrelsen”, vilket ledde till stort hallå. Jag kommer inte ihåg hur utskottsutlåtandet formulerades men vad jag minns var den spända stämningen i kammaren när beslutet skulle tas, och det blev alltså ”socialstyrelsen”. Under många år var jag nära medarbetare till Sven, men jag hade nästan aldrig sett honom så skakad och ledsen. Det var för honom en stor prestigeförlust. Men snart kom vi alla över det.

2. Sammanslagningen – syfte och ambitioner

När frågan om sammanslagning av Kungliga Medicinalstyrelsen och Kungliga Socialstyrelsen blev aktuell på 1960-talet, avstyrkte Medicinalstyrelsen av rädsla för byråkratisering – det nya verket skulle bli för stort, ansåg man. De två verken hade då 441 anställda i den centrala organisationen. Underförvaltningarnas mer permanenta personal uppgick till cirka 2 100 [11]. Rekordet inföll 1974 – då hade Socialstyrelsen inklusive underförvaltningar 3 226 anställda, varav 893 arbetade på den centrala myndigheten! [2]

Sammanslagningen föregicks av två utredningar som tillsatts 1962 om dels dåvarande Socialstyrelsens organisation (Socialstyrelseutredningen), dels organisation och arbetsuppgifter för Medicinalstyrelsen (MCA-utredningen). År 1964 fick utredningarna tilläggsdirektiv att i samråd utreda och lägga fram förslag om en gemensam central administration för socialvården och hälso- och sjukvården. Året därefter (1965) lämnade utredningarna ett gemensamt betänkande ”Hälso- och socialvårdens centrala administration” (SOU 1965:49) [12].

Regeringens proposition (1967:68) till riksdagen om sammanslagningen var kortfattad. Där föreslogs att en ny central förvaltningsmyndighet skulle inrättas den 1 januari 1968 som i huvudsak skulle överta de arbetsuppgifter som Socialstyrelsen, Medicinalstyrelsen och Medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd haft. Riksdagen beslöt enligt regeringens förslag med en ändring; myndighetens namn skulle vara Socialstyrelsen i stället för Medicinalstyrelsen, som socialminister *Sven Aspling* föreslagit i propositionen. Riksdagen följde därmed det förslag som lämnats i en motion i båda kamrarna (Motion nr 969/1967 i riksdagens andra kammare och nr 775/1967 i riksdagens första kammare).

Tre huvudmål

Integrering var lösenordet. Det nya verket konstruerades med framför allt följande syften:

- Önskan om en närmare samordning mellan socialvård och hälso- och sjukvård (integrationsmålet).
- Behov av intensivare riksplanering för såväl fred som krig (planeringsmålet).
- Bevakning av de enskilda människornas säkerhet i medicinskt, socialt och rättsligt hänseende inom vårdsektorn (säkerhetsmålet).

Dessutom tillkom ett syfte som kan betecknas som det operationella målet och som avsåg behovet av att bevaka tillsyns- och huvudmannaskapsfrågorna.

Verkets första instruktion

Enligt den första instruktionen (SFS 1967:606); Kungl. Maj:ts instruktion för socialstyrelsen; given Stockholms slott den 20 oktober 1967 skulle styrelsen vara central förvaltningsmyndighet för ärenden som rör socialvården, hälso- och sjukvården samt läkemedelsförsörjningen, i den mån det icke ankom på annan statlig myndighet att handlägga sådana ärenden. Enligt 3 § skulle Socialstyrelsen ha följande uppgifter:

- Handlägga frågor om riksplanering av de under styrelsen lydande verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande av såväl de enskildas behov av vård som behovet av samordning av landets vårdresurser och tillgången på utbildad arbetskraft.
- Följa och stödja den regionala och lokala planeringen inom styrelsens verksamhetsområde.
- Bedriva upplysningsverksamhet inom styrelsens verksamhetsområde.
- Handlägga ärenden om social omvårdnad som vård av och skydd för barn och ungdom, familjestödjande åtgärder, vård av åldringar och handikappade, social hemhjälpsverksamhet samt stöd åt andra hjälpbehövande.
- Handlägga ärenden om vård av alkohol- och läkemedelsmissbrukare.
- Inom sitt verksamhetsområde ha tillsyn över allmänna hälsovården.
- Med uppmärksamhet följa livsmedelshygienen och därvid särskilt ha tillsyn över den medicinska kontrollen av personalen i livsmedelshanteringen samt främja den allmänna näringsstandarden och sunda kostvanor.
- Ha tillsyn över den sjukdomsförebyggande vården, den öppna och den slutna sjukvården samt tandvården.
- Ha tillsyn över vården av psykiskt efterblivna.
- Ha tillsyn över efterlevnaden av lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.
- Ha tillsyn över sjuktransportväsendet.
- Ha tillsyn över apoteken.
- Besluta om inrättande eller upphörande av filialapotek samt hos Kungl. Maj:t föreslå anläggande, förflyttning eller upphörande av apotek av annat slag.
- Granska och vid behov ändra gällande farmakopé.

Styrelsen skulle samråda med Statistiska centralbyrån i frågor som rörde statistikverksamheten.

Fem avdelningar

Organisation och arbetsfördelning beskrevs i arbetsordningen som fastställdes den 1 december 1967. Verket delades in i fem avdelningar:

- Avdelningen för hälsovård m.m. (HB).
- Avdelningen för akutvård (SN).
- Avdelningen för långtidsvård (LÅ).

Sven-Olof Hedengren:
Ny roll, men gamla anor

Mitt sammanfattande minne av åren på Socialstyrelsen är att verket å ena sidan – mycket tack vare Bror – gick i fronten inom både sjuk-, hälso- och socialvård och å andra sidan – kanske jag var en representant därav – var ett gammaldags ämbetsverk som höll på rätt och ordning.

- Planerings- och beredskapsavdelningen (PB).
- Administrativa avdelningen (A).

Vilka verksamheter som ingick i Avdelningen för hälsovård m.m. var inte helt lätt att utläsa av namnet. Det mesta av avdelningens verksamhet syftade till att ”förebygga medicinsk och social ohälsa”. I klartext omfattade det bland annat hälsoskyddsfrågor och smittskydd, social barna- och ungdomsvård och tandvård. (Socialstyrelsens personaltidning nr 2, februari 1968)

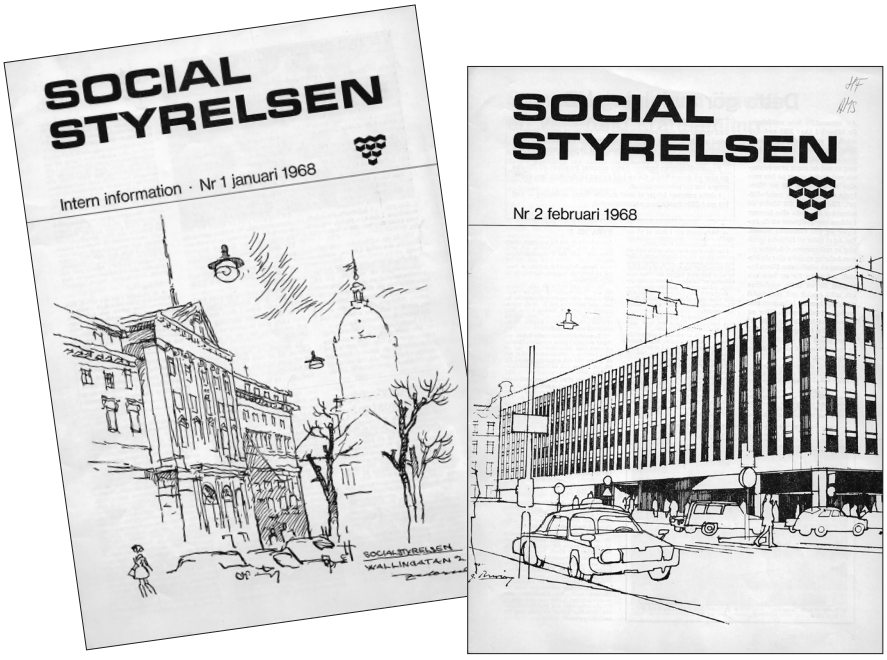
Varje avdelning skulle ”följa den internationella utvecklingen inom sitt område samt genom inspektion och på annat sätt följa utvecklingen inom landet, ta initiativ till forskning och utredningar till främjande av verksamhetens ändamålsenliga bedrivande och en rationell samverkan med den verksamhet, för vilken Socialstyrelsens övriga avdelningar svarar.”

Socialstyrelsens läkemedelsavdelning bildades först tre år senare, den 1 januari 1971, genom sammanslagning av Statens farmacevtiska laboratorium, Socialstyrelsens läkemedelsbyrå, Farmakopélaboratoriet samt Biverkningsnämndens kansli. 1976 flyttade Läkemedelsavdelningen till nya lokaler i Uppsala. [13]

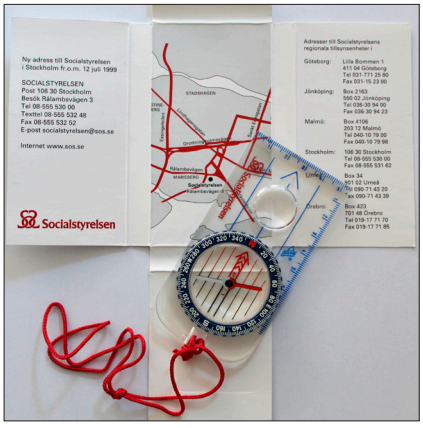
Enat verk men många adresser

Vid sammanslagningen och flera år framöver var Socialstyrelsen spridd i olika lokaler och på olika adresser. Tyngdpunkten låg på Wallingatan 2, där Medicinalstyrelsen suttit och Klarabergsgatan 60, där Socialstyrelsen suttit. Men enskilda byråer återfanns dessutom på Drottninggatan 71 C och D, Drottninggatan 83, Tunnelgatan 20 och Tegnérgatan 15. Även Wallingatan 5 och 3:e Hötorgshuset var under en tid adresser för några av Socialstyrelsens enheter. Mer lokalmässigt samlat blev verket först under 1970-talet i och med flytten till Garnisonen på Karlavägen 100 och senare de tidigare kasernbyggnaderna på Linnégatan 87. Nästa stora flytt till Västerbroplan genomfördes den 12 juli 1999.

I Medicinalstyrelsens tidigare lokaler på Wallingatan 2 satt bl.a. verksledningen samt byråer som arbetade med hälso- och sjukvård och information.
Verksamheter som ingått i Socialstyrelsen satt kvar på Klarabergsgatan 60.



Karta och kompass hjälpte personalen att hitta från Östermalm till Västerbroplan 1999.



Många underförvaltningar

Under åren 1968–1981 var Socialstyrelsen även huvudman för cirka 120 underförvaltningar:

- Överstyrelse för Vipeholms sjukhus i Lund.
- Chefsmyndighet för statens rättskemiska och farmaceutiska laboratorier, statens rättsläkarstationer, statens rättspsykiatriska stationer, länsläkarväsendet och i statens tjänst anställda provinsialläkare.
- Central myndighet för ungdomsvårdsskolorna och de särskilda inackorderingshemmen vid dessa skolor. 1972 fanns det 15 ungdomsvårdsskolor för pojkar och 6 för flickor. Idag (2018) är det Statens institutionsstyrelse (SIS) som bedriver individuellt anpassad tvångsvård på 24 särskilda ungdomshem.
- Central myndighet för allmänna och statsunderstödda enskilda vårdanstalter för alkoholmissbrukare.
- Tillsynsmyndighet för länsnykterhetsnämnderna.

Dessutom hade Socialstyrelsen inseende över statens socialvårdskonsulenter samt skulle leda forskning och utbildning i öppen hälso- och sjukvård vid läkarstationen Dalby i Skåne. Till den regionala socialvårdsorganisationen räknades även eftervårds- och glesbygdskonsulenter. [14]

Broschyr blev löpsedelsnyhet

Socialstyrelsens broschyr ”Det vet man väl hur det är på ungdomsvårdsskola” fick stora rubriker i pressen. Den 29 oktober (1968) upptogs huvudparten av Expressens förstasida och löpsedel av denna nya giv inom ungdomsvården. Tidningen ansåg att broschyren gav en falsk bild av verkligheten. (Löpsedelstexten löd: ”LIVET på ungdomsvårdsskola ÄR RENA DRÖMMEN. Tror ni på sån reklam? Socialstyrelsen gör det!)” Motivet till att Socialstyrelsen utarbetade denna broschyr var att många elever som kommer till en ungdomsvårdsskola fruktar att de ska möta murar och taggtråd.
(Socialstyrelsens personaltidning nr 7,1968)

Felvänt bisamhälle

Efter en tävling som vanns av designern *Lars Ringholm* fick Socialstyrelsen sin symbol, den stiliserade bikupan som skulle symbolisera ”Bisamhälle – socialsamhälle”. Cirka 180 personer kom in med tävlingsbidrag. Vinnaren fick 3000 kr. Av någon anledning blev ”bikupan” upp-och-nervänd och därför svår att uppfatta som en bikupa. I samband med Socialstyrelsens omorganisation 1981 föreslog *Majt Sjödin* på Socialstyrelsens informationsbyrå att man skulle ta fram en ny symbol [15,16]. Formgivaren *Bo Berndal* fick uppdraget och än idag används den symbol han tog fram och som sedan 1981 är Socialstyrelsens kännemärke. De sammanflätade bokstäverna SoS bildar ett hjärta och symboliserar både kropp och själ. Man kan också uppfatta en grafisk sammanlänkning av Sjukvård och Socialtjänst. Den nuvarande symbolen har diskuterats av och till under åren. 2010 lät man en konsultbyrå göra en analys av logotyp och grafisk profil. Vissa ändringar gjordes av den grafiska profilen men symbolen och logotypen behölls. [17]

Verkets första symbol skulle föra tankarna till ett bisamhälle, men vändes upp och ner så det blev svårt att se symboliken.

Socialstyrelsen

Dagens symbol och logotyp har funnits sedan 1981.

Du-reformen gav eko i pressen

Bror Rexed, som tillträtt som generaldirektör på Medicinalstyrelsen 1967 blev generaldirektör på den nya myndigheten 1968. ”Här på myndigheten säger vi alla du till varandra” var ett budskap till medarbetarna, som snabbt gjorde honom känd i hela landet. Givetvis hade duandet redan börjat användas på ett nytt sätt i landet, men Rexed blev symbolen för vad som kom att kallas för ”Du-reformen”, delvis tack vare den massmediala uppmärksamheten verkets pressombudsman *Bengt Janzon* fick till. Du blev så småningom det gängse tilltalsordet människor emellan. Men

”

Harriet Malmquist:
Du-reformen sparade tid

År 1968 startade Socialstyrelsen i sin nya skepnad med att generaldirektör Bror Rexed införde Du-reformen. Den fick ett enastående positivt genomslag i hela samhället. Jag minns hur lätt det blev, och tidsbesparande, att kommunicera, till exempel inom mitt område som var hälso- och sjukvården.

det tog tid. Alla var inte nöjda, en del tyckte det utarmade det svenska språket. Några såg duandet som en politisk manifestation. Socialstyrelsen benämndes ibland ”socialiststyrelsen”. Inom sjukvården fortsatte många unga läkare tilltala äldre sjuksköterskor syster. Det blev dock snabbt slut på att tilltala de manliga patienterna direktören, disponenten eller herr. Det var initialt svårare att sluta säga fru, fröken eller friherrinnan till äldre damer. Inte ens på Socialstyrelsen förmådde man dua alla chefer.

Invecklat och omfattande arbetsfält

Den första arbetsdagen på det nya året, 1968, samlades all personal i Folkets hus. Det var då Bror Rexed blev ”du” med ytterligare några bröder och systrar (med Medicinalstyrelsens personal hade han ju redan lagt bort titlarna den 3 juli året innan). Socialminister Sven Aspling var också där och höll ett kort tal, där han bland annat blickade framåt med den öppna hälso- och sjukvården och åldringsvården som exempel. ”Inget land i världen har ett större antal sjukhusplatser per invånare än Sverige. Men även om det är angeläget att den slutna sjukvården tillförs ökade resurser, bl.a. med hänsyn till kravet på nya specialiteter, måste vi för framtiden satsa mera på den öppna vården. Inom vårdsektorn är åldringsvården särskilt viktig. Antalet åldringar kommer att öka med omkring en halv miljon under de närmaste 20 åren.” (Socialstyrelsens personaltidning nr 2, februari 1968)

Fest i Gyllene salen

Den första ”arbetsdagen” avslutades med personalfest i Gyllene salen i Stockholms stadshus. Buffé, underhållning och dans stod på programmet. Skalden *Stig Sjödin* läste sin nyskrivna ”Prolog till Socialverket”, *Ann-Marie Ericsson* sjöng operett och *Brita Hasselrot* läste ett kåseri på vers. De två sista verserna i Stig Sjödins prolog löd:

”De arbetar med den sociala människan som mål
lika självklart som vi andas,
de bringar ljus där vi ännu tvingas treva
och bekänna att vår kunskap slinter.
De vet och de kommer att med förundran
läsa om en tid då neuroser slutade med krig.

Att de stödjer Pan när han blir gammal
och ser till att han får behövliga transplantat
ingår i principen för deras vårdverk,
som med ett enda ord kan skrivas socialt.”

(Socialstyrelsens personaltidning nr 2, februari 1968)

Händelserikt år i omvärlden

Året då Socialstyrelsen bildades var händelserikt i såväl Sverige (Kårhusockupationen i maj) som övriga världen (studentkravallerna i Paris). Några rubriker ur dagspressen talar sitt tydliga språk:

”USA kallar hem sin ambassadör. Johnson begär rapport om Palme och Vietnam” (Dagens Nyheter 9 mars 1968)

Ja, antalet 65+ ökar

1960 var antalet personer över 65 år 888 000, 1970 hade antalet passerat miljonstrecket till 1 113 000, 1980 var antalet 1 362 000 och 1990 var det 1 526 000. Ökningen till år 2000 var betydligt lägre, till 1 531 000. År 2010 fortsatte dock ökningen och då var antalet personer 65 år och äldre 1 737 000 och år 2015 var antalet uppe i 1 947 000 personer som var 65 år och äldre. [18, 19]

Utdrag ur **Bror Rexeds jul- och nyårshälsning 1968**

Vårt första arbetsår är slut. Det har varit ett år upptaget av arbete med att lösa frågor som på sin tid aktualiserades i de gamla verken. Allteftersom tiden gått har vi emellertid också kunnat arbeta oss allt längre in i nya problemområden. Samtidigt, och detta är av stor betydelse, har de grundläggande principerna för vårt framtida arbete successivt växt fram. Ska våra gemensamma insatser i fortsättningen bli framgångsrika, måste de nämligen hela tiden göras mot bakgrunden av en noggrant preciserad bild av det samhälle vi vill vara med om att bygga upp. --- Visst är vi bra på väg, men nya problem tränger sig på. Den fortgående miljöförstöringen skapar allvarliga problem, såväl medicinska som sociala. Dessa måste lösas och nya olägenheter måste förebyggas.
(Socialstyrelsens personaltidning nr 7, 1968)

”Är ni rädda för modsen i tunnelbanan?” (Dagens Nyheter 21 mars 1968)
”King mördad av krypskytt” (Dagens Nyheter 5 april 1968)
”Elvis Presley håller alltid” (Dagens Nyheter 7 april 1968)
”Slaget om Båstad: Saltsyra, spikklubbor mot tårgas och vatten” (Dagens Nyheter 4 maj 1968)
”Socialmedicinsk undersökning: Gamla tar för mycket medicin. Preparat upphäver varandra” (Svenska Dagbladet 16 maj 1968)
”Beklämmande inställning till de psykiskt sjuka” (Dagens Nyheter 22 maj 1968)
”Invasion i Tjeckoslovakien. Ryska, polska och östtyska trupper marscherade över gränsen i natt” (Dagens Nyheter 21 augusti 1968)
”Narkomani farsot i Uppsala. Helt nya metoder ger bot” (Svenska Dagbladet 27 november 1968)

Det genomfördes också en del större förändringar i socialpolitiken och organisationssverige 1968. Läkemedelsrabatteringen blev bättre (max. 15 kr), aktiv uppsökande socialvård infördes liksom nya regler för hjälpmedel till handikappade. Spri (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) och Handikappinstitutet bildades.

Ny förkortning

Generaldirektören har beslutat att vårt verk i fortsättningen skall förkortas SoS (dvs. S versal, o gemen, S versal). (Socialstyrelsens personaltidning nr 1–2, 1969)

3. Större översyner

Socialstyrelsens uppdrag och organisation har förändrats en hel del under de femtio åren. Både efter översyner och beslut från regering och riksdag och efter interna anpassningar till nya lagar, regleringsbrev, uppdrag och omvärld. Nya uppgifter har tillkommit, andra har lyfts över till andra myndigheter eller till helt nya myndigheter. Följande översyner har inneburit mer omfattande förändringar i verkets uppdrag och organisation:

- Översynsutredningen (ÖSoS) som pågick flera år (1974–1978).
- Socialstyrelsen i förändring 1988.
- SoS 90-programmet (den interna fortsättningen på ”Socialstyrelsen i förändring”).
- Ett antal interna översyner och organisationsförändringar, bland annat SoS 95 Bra blir bättre.
- Justeringar i den interna organisationen och bemanningen i anslutning till uppdrag och besparingskrav (bl.a. år 2000).
- Anpassning till olika processer och programområden.
- Följsamhet till ISO-certifiering.
- Utredningen som resulterade i att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bildades den 1 juni 2013.
- Utredningen ”En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst” som resulterade i den nuvarande organisationen från den 1 juli 2015 samt *Sofia Wallströms* utredning ”Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård” (SOU 2017:48).

Översynsutredningen (ÖSoS)

Den första mer genomgripande översynen av Socialstyrelsen gjordes efter en granskning av Riksrevisionsverket (RRV) 1972 och en inspektion av Riksdagens ombudsmän 1974 [20]. RRV framhävde bland annat målfrågornas betydelse liksom behovet av att samordna riksplaneringen och förstärka socialvårdens planering. Styrelsen borde vidta åtgärder för att effektivisera och reducera handläggningen av löpande arbetsuppgifter och detaljärenden.

Mot den bakgrunden begärde Socialstyrelsen medel för en översynsutredning. Den kallades kort och gott ÖSoS. Arbetet inleddes hösten 1974 och det blev ett flerårigt och omfattande arbete. Slutrapporten ”Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer” överlämnades till regeringen i februari 1978. Den bestod av två delar, Centrala verket och Regional organisation. Våren samma år tillsatte Socialdepartementet en särskild beredningsgrupp som skulle ta fram underlag till regeringens

beslut om Socialstyrelsens framtid. Det blev således många faser och rapporter och dröjde ytterligare ett par år innan förändringarna fullt ut kunde genomföras. [21, 22, 23]

Regeringens proposition

Regeringens proposition (1979/80:6) om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m., undertecknades av statsrådet *Gabriel Romanus*. Där föreslogs bland annat följande:

- Socialstyrelsens tillsyn skulle omfatta såväl hälso- och sjukvården som den kommunala socialtjänsten.
- Styrelsen borde ta initiativ till forskning, utveckling och försöksverksamhet inom sitt ansvarsområde, men inte själv bedriva sådan verksamhet.
- Vissa statistiska funktioner fördes över till statistiska centralbyrån och det föreslagna statens miljömedicinska laboratorium.
- Vissa beredskapsuppgifter inom hälso- och sjukvård fördes över till sjukvårdshuvudmännen.
- Smittskyddsfrågor samordnades centralt.

I propositionen föreslogs också en betydande minskning av antalet anställda – från cirka 925 till cirka 615 vid centrala verket. Minskningen utgick från att bland annat nykterhetsvårdsanstalter och ungdomsvårdsskolor skulle övergå till kommunala huvudmän. Det dröjde dock till den 1 januari 1983 innan huvudmannaskapet för de 18 statliga ungdomsvårdsskolorna med 558 platser och de fyra nykterhetsvårdsanstalterna med 307 platser fördes över till kommuner och landsting.

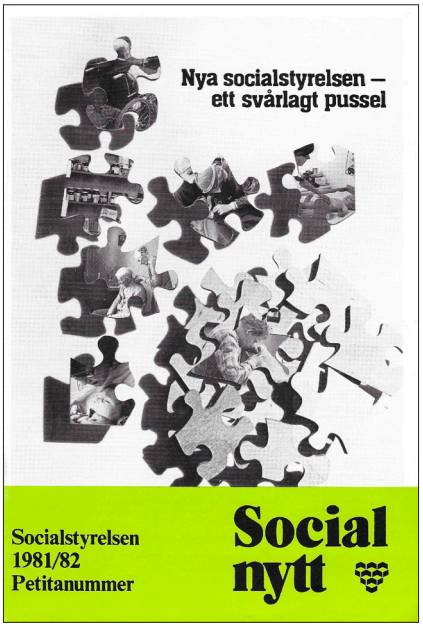
Regeringen föreslog att Socialstyrelsen organiserades på en administrativ avdelning och fyra fackavdelningar inom områdena förebyggande arbete och planering, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt läkemedelsärenden. Förslaget att inrätta ett särskilt läkemedelsverk avvisades. Beträffande den regionala organisationen föreslogs att socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna upphörde. Sociala enheter skulle skapas på länsstyrelserna och länsläkarorganisationens uppgifter skulle kunna tas om hand inom sjukvårdshuvudmännens miljömedicinska verksamhet. [24]

Förändringarna tog tid

Den nya organisationen trädde i kraft den 1 juli 1982. Personalförändringarna beräknades dock inte kunna ske förrän under budgetåret 1983/84. Alla fick besvara en intresseenkät under hösten 1981 och senare lämna in en ansökan på den tjänst man ville ha i den nya organisationen. Dessvärre räckte inte alla nya tjänster till. De som blev utan fast tjänst fick behålla sin gamla tjänst inom den så kallade ”övergångsorganisationen”. I en intern information betonades att det övergångsvisa arbetet och arbetet i den nya organisationen var lika angeläget när verksamhetsplanen för 1982/83 skulle fastställas. [25]

I förordet till Socialstyrelsens årsberättelse1983/84 skriver generaldirektör Barbro Westerholm bland annat följande:

”Omorganisationen som inleddes 1981 och minskningen av personalen är förutom styrelsens beredskapsfunktion till stor del genomförd. Vissa



Stärk socialstyrelsen!

”Socialstyrelsen är ”ärevördig men överflödig” skrev professor Sven Britton på DN Debatt häromdagen (8/10). Många inom kommuner och landsting delar hans uppfattning. De tycker sig ha kompetens nog själva. Andra instämmer av allmänt ”anti-byråkratiska” skäl.

Men dessa senare tänker slappt. Hälso- och sjukvårdsfrågorna är centrala i människors medvetande. De måste vara en del av riksdebatten. De kräver ett centralt ämbetsverk.

Socialstyrelsen hamnade länge på mellanhand. Agneta Bladh har i en doktorsavhandling vid Stockholms universitet visat varför. Styrelsen tappade kraft i tre riktningar: nedåt genom mindre befogenheter och kompetens (bl.a. det okloka avskaffandet av länsläkarorganisationen) i förhållande till landstingen, åt sidan genom ett allt starkare Landstingsförbund, uppåt genom alltmer av beredningar och kommittéer i regeringskansliet.

Men det behövs en central institution som står friare från producentintresset än landstingen och förmår mer opartiskt att granska/skildra verkligheten än regeringskansliet. Socialstyrelsen är på rätt väg med sina systematiska, kritiska genomlysningar av Vård-Sverige, ur individens perspektiv mot alla fossila system. I den rollen bör socialstyrelsen stärkas.”

(Huvudledare i Dagens Nyheter den 12 oktober 1988)

arbetsuppgifter som enligt de ursprungliga planerna skulle decentraliseras eller avvecklas kommer dock att finnas kvar på verket. Medel har inte tilldelats verket för dessa uppgifter. Detta medför att Socialstyrelsen inte helt kan gå in i sin nya roll som planerande, samordnande och kunskapsförmedlande myndighet. Löpande, författningsreglerad verksamhet tar fortfarande stora resurser. En genomgång visar att verket under år 1983 avslutade ca 61 500 ärenden varav ca 60 000 ärenden gällde just den sist nämnda ärendegruppen.” [26]

Socialstyrelsen i förändring

Statskontorets rapport 1987

Med utgångspunkt i regeringens allmänna riktlinjer för den offentliga sektorns förnyelse bedrev statskontoret på 1980-talet bl.a. ett administrativt utvecklingsarbete med syfte att utveckla metoder för styrning, uppföljning och utvärdering av förvaltningen. Inom projektet ”Centralmyndigheters framtida roll och styrmetodik” användes verksamhetsområden inom Socialstyrelsen och Skolöverstyrelsen som praktikfall i slutet av 1980-talet. För Socialstyrelsens del utmynnade det i rapporten ”Socialstyrelsen inför 1990-talet” [27]. Beslutande var Statskontorets chef *Claes Örtendahl*.

I rapporten sammanfattades den centrala myndighetens uppgifter under huvudrubrikerna Tillsyn, Förnyelsearbete och Sektorföreträdande.

Huvudintresset i tillsynen borde fokuseras på att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst håller en godtagbar standard och servicenivå. Förnyelsearbetet innebar att Socialstyrelsen skulle analysera den utveckling som sker i nära kontakt med fältet och forsknings- och utbildningsenheter såväl nationellt som internationellt. Dessutom skulle verket i dialog med politiskt och professionellt verksamma föra ut aktuell kunskap, utvecklingstendenser, ”goda exempel” när det gäller medicinskt handlande, metoder m.m.

I rollen som sektorsföreträdare och sakområdesansvarig skulle Socialstyrelsen förse regeringen med underlag och företräda socialsektorn gentemot andra sektorer på central nivå, till exempel i ekonomiska och utbildningspolitiska sammanhang.

Socialdepartementets arbetsgrupper

En av de grundläggande principerna vid omorganisationen 1981 var att utveckla och förstärka Socialstyrelsens roll som central myndighet för planering och tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd samt smittskydd. De övergripande frågorna skulle dominera och rutinärendena minska. Det visade sig dock svårt att föra över en del uppgifter till andra huvudmän. Arbetet med rutinärenden snarare ökade än minskade under 1980-talet.

Mot den bakgrunden genomfördes ett översynsarbete inom Socialdepartementet i slutet av 1980-talet. En arbetsgrupp bestående av professor *Tore Scherstén* (ordförande), Göteborg, departementsrådet *Kurt Roos*, Socialdepartementet, avdelningschef *Bertil Widman*, Socialstyrelsen samt politiskt sakkunnige *Anders Lönnberg*, Socialdepartementet be-

redde frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet och hälsoskydd. En annan arbetsgrupp bestående av departementsrådet *Kerstin Wigzell*, Socialdepartementet, avdelningschef *Nils Magnusson* och byråchef *Göran Johansson*, Socialstyrelsen samt socialchefen *Liisa Ehrnström*, Luleå beredde socialtjänstfrågor m.m. Översynsarbetets sekretariat bestod av avdelningsdirektör *Gunnar Holmberg*, Statskontoret och departementssekreterare *Gert Knutsson*, Socialdepartementet. [28]

Regeringens budgetproposition 1988

I regeringens budgetproposition 1988 (1988/89:100 bil. 7) beskrivs utvecklingen av Socialstyrelsen till ett expertorgan när det gäller medicinska och sociala frågeställningar. Socialstyrelsen bör i ökad utsträckning biträda regeringen med expertinsatser.

Begreppen samordning och planering tonas ner. Frågor av detalj- eller rutinkaraktär eller som rör enskilda bör så långt möjligt lösas på lokal eller regional nivå. Socialstyrelsens tillsyn skulle ha två huvudinriktningar:

- Kontroll av hälso- och sjukvård samt socialtjänst och annan verksamhet som ryms inom Socialstyrelsens verksamhetsområde när det gäller kvalitet, säkerhet och den enskildes rättigheter.
- Uppföljning och utvärdering av verksamheten gentemot av statsmakterna uppställda mål.

Socialstyrelsens arbete med individärenden skulle minska och som en del av detta ingick förslaget att skapa en regional funktion för tillsyn inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Inom områdena kunskapsutveckling och kunskapsförmedling skulle Socialstyrelsen sammanställa och utarbeta kunskapsunderlag och föra ut dem till företrädare för hälso- och sjukvård samt socialtjänst m.m. och till dem som lokalt, regionalt och centralt är ansvariga. Ett viktigt område var också att efter samråd med företrädare för kommuner respektive landsting meddela allmänna råd för tillämpning av lagstiftningen.

Socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning från den 1 juli 1990 preciserades ytterligare i regeringens proposition Socialstyrelsens framtida roll (1988/89:130), som antogs av riksdagen den 25 maj 1989. På hälso- och sjukvårdens område pekade regeringen bland annat på att

- läns- och regionsjukvården behöver effektiviseras
- resurserna inom primärvården, äldresjukvården och rehabiliteringen behöver kartläggas
- den nya lagen om psykiatrisk tvångsvård ska följas upp
- hälsoproblem i samhället ska följas och redovisas
- kvicksilver som hälsorisk ska hållas under observation.

På socialtjänstens område framhöll regeringen att

- barn- och ungdomsfrågor ska vara högt prioriterade
- huvudmannaskapsförändringen inom särskilda boenden och kommunernas övertagande av omsorgsverksamheterna ska följas
- eftersatta områden inom äldre- och handikappomsorgen behöver stimuleras
- gruppboende för äldre ska följas upp.

20-årsjubileet gav styrelsen vind i seglen

Personalen kände sig nog ganska stolt över sin myndighet när verkets 20-årsjubileum avslutades vid midnatt den 14 november 1988. Ett seminarium på eftermiddagen på temat ”Samverkan för individen” visade att Socialstyrelsen är en myndighet som har kraft och som kommer att leva vidare med många intressanta uppgifter. Ett bildspel visade hur det startade 1968, några exempel från barnhälsovård och hemtjänst fick illustrera läget 1988 och författarna till boken Vårdträdet, Anita och Åke Asplund, inledde en paneldebatt på temat ”Hur blir det?”

600 personer kom till seminariet och 450 till kvällens fest. Utöver god mat bjöds personalen på sång av Karolinska sjukhusets kör Toncillerna, ett roligt epos om Socialstyrelsens historia författat av Eva Bergström, Hela havet stormar med verkets byråchefer och förstås dans. [29]

En kämpig period

Åren före och under 1990 var en kämpig tid för såväl chefer som övriga anställda på statliga myndigheter, bland annat Socialstyrelsen och Skolöverstyrelsen. Båda myndigheternas berättigande ifrågasattes samtidigt som stora omorganisationer skulle genomföras. I till exempel Expressen kunde man läsa artiklar med rubriker som ”Missnöjet jäser… och nu måste kolosserna banta” (den 8 januari 1990) och ”Kolossen bantas. Smärtsam höst på Socialstyrelsen” (31 augusti 1990).

Inom det hälsopolitiska området framhöll regeringen att hälsorapporter som HS 90 och 1987 års Folkhälsorapport skulle följas upp. Socialstyrelsen ska verka för förebyggande insatser och analysera risker för ohälsa i samhället. Vidare skulle Socialstyrelsen anordna konferenser om abortförebyggande åtgärder eftersom antalet aborter hade ökat på ett oroande sätt.

Läkemedelsavdelningen blir egen myndighet

Socialdepartementets utredare föreslog att läkemedelsavdelningen skulle bilda en egen myndighet eftersom frågor kring läkemedel och avdelningen som sådan intog en särställning inom Socialstyrelsen. Såväl uppgifternas art och inriktning som finansieringen av verksamheten skilde sig väsentligt från vad som gällde för Socialstyrelsen i övrigt. Så blev det också. Läkemedelsavdelningen bildade stommen i det nya läkemedelsverket i Uppsala från och med den 1 juli 1990. Först skulle dock det nya verkets uppgifter prövas av en särskild arbetsgrupp. Läkemedelsverket fick också ansvar för

- kontroll av medicintekniska produkter
- tillstånd, godkännande och tillsyn över teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat
- tillstånd och tillsyn enligt lagen om tillverkning av drycker samt vissa standardiseringsfrågor.

Socialstyrelsen behöll däremot ansvaret för läkemedel och medicintekniska produkter i användning inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Carl-Filip Hammar: **Minnen från 1980-talet**

Jag kom till Socialstyrelsen 1986, rätt sent i mitt yrkesliv och dessutom till en helt ny miljö, om vi bortser från de allmänna dragen i statsförvaltningen. Jag var full av förväntan och hade två speciella frågor med mig i bagaget. Låt mig börja med dem.

Den första gällde hälso- och sjukvård inom totalförsvaret i vilket jag varit anställd som handläggare i början av 1960-talet. Jag hade då haft en hel del att göra med dåvarande Medicinalstyrelsens Sjukvårdsberedskapsnämnd som ansvarade för planeringen av den civila vården i krig. Samarbetet med nämnden hade varit mycket gott. Beredskapsnämnden var ett av de organ som väl fyllde sin roll inom totalförsvarsplaneringen. Jag var således nyfiken på hur dessa frågor omhändertagits inom den nya Socialstyrelsen. Det räcker här att säga att jag blev mycket glatt överraskad.

Fråga nummer två gällde läkemedelsavdelningens ställning. Skulle den omvandlas till en fristående myndighet, ett Läkemedelsverk? På 1970-talet hade jag varit ansvarig för ett remissvar på Riksrevisionsverket där en sådan ny ordning tillstyrktes. Jag fick nu, själv på Socialstyrelsen, uppleva först de berördas förmåga att bryta upp gamla låsningar och sedan deras vilja att enas om det nya.

År 1986 hade Socialstyrelsen i sin nya dräkt redan varit verksam i många år. Men mycket återstod ändå att göra. Ett av de problem som skulle lösas var det stora antalet byråer som dessutom inte sällan individuellt uppträdde utåt som Socialstyrelsen i ensamt majestät. En annan fråga gällde vår roll som chefsmyndighet för enheterna ute i landet och för rättsmedicin och rättspsykiatri. Socialstyrelsen förespeglades att få slippa denna resurskrävande roll varpå motsvarande resursminskning raskt inkasserades i budgetpropositionen – uppgiften fick ändå ligga kvar på Socialstyrelsen. Detta och annat ledde till ett tråkigt skede av egentligen helt onödiga uppsägningar av personal – även om Socialstyrelsen senare, d.v.s. efter Rättsmedicinalverkets tillkomst, fick betydande förstärkningar.

Slutligen vill jag uttrycka min medkänsla och beundran för Socialstyrelsens, och då inte minst personalens uthållighet och tålamod under dessa år av omorganisation och oro.

Andra förändringar

Utredarna föreslog också att ansvaret för de två kuratorer som var stationerade i Köpenhamn skulle upphöra senast den 1 juli 1990. Rollen som chefsmyndighet för den rättspsykiatriska organisationen och för statens rättskemiska laboratorium samt rättsläkarstationerna föreslogs upphöra senast den 1 juli 1990. Socialstyrelsens uppgifter när det gäller hälsoupplysning skulle förändras till att i första hand bestå av att ta fram kunskapsunderlag, bedriva metodutveckling samt föra dialog med företrädare för andra samhällssektorer i hälso- och drogpolitiska frågor. Socialstyrelsens byrå för hälsoupplysning blev 1992 stommen i Folkhälsoinstitutet som senare, den 1 januari 2001, fick namnet Statens folkhälsoinstitut genom sammanslagning av Folkhälsoinstitutet och Alkoholinspektionen. Den 1 januari 2014 slogs Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet samman till Folkhälsomyndigheten.

För hälso- och sjukvårdsområdet pågick ett utredningsarbete kring informationsstrukturen gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen. Avsikten var att bygga upp en informationsstruktur som bland annat skulle tillgodose Socialstyrelsens möjligheter att följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården. Utredarna föreslog att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att genomföra en motsvarande samlad utredning kring informationsbehovet inom socialtjänsten för statlig och kommunal nivå. Se vidare under kapitlet ”Socialstyrelsen och IT-utvecklingen” s. 201.

Debatt i riksdagen

Ur snabbprotokollet från den riksdagsdebatt som följde efter föredragningen av socialutskottets betänkande 1988/89: SoU24 Socialstyrelsens framtida roll kan några citat vara intressanta att återge:

- *Daniel Tarschys* (fp): ”Folkpartiet föreslår i reservation 5 att riksdagen bör ge regeringen till känna att socialstyrelsens roll som garant för rättssäkerhet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård skall bevaras och stärkas.”
- *Per Stenmarck* (m): ”Regeringen har gått en bit på vägen för att få en bättre och effektivare kontroll- och tillsynsfunktion än idag. Därmed borde regeringen också ha tagit steget fullt ut och föreslagit en uppdelning av styrelsen i en medicinal- och en socialstyrelse, vilket vi moderater länge föreslagit.”
- *Rosa Östh* (c): ”Vi har tidigare från centern liksom moderaterna varit inne på att man borde pröva, om det inte finns anledning att återgå till länsläkarorganisationen.”
- *Bo Holmberg* (s): ”En av orsakerna till att vi för en för ytlig diskussion tror jag är brist på relevant statistik. Vi skulle behöva bättre statistik för att fördjupa den välfärdspolitiska diskussionen här i riksdagen.”

Internt förändringsarbete med SoS 90 och Team SoS

I början av 1989 inleddes SoS 90-programmet som en första etapp i förverkligandet av de förslag som departementets utredningsgrupper föreslagit. Devisen var ”SoS 90 Visioner blir verklighet”. All personal engagerades i ett internt förändringsarbete med beteckningen ”Team SoS”. På startdagen den 13 oktober 1989 i Stockholmsmässan i Älvsjö

”Team SoS!” och ”Visioner blir verklighet” var deviserna för det interna förändringsarbetet vid omorganisationen 1990. Alla medarbetare fick en t-shirt med Team SoS!

Nya SoS – uppstigen ur 6000 flyttkartonger

Som fågel Fenix. Flygfärdig eller… Ingalunda. Vingarna måste torka. Och det fattas några fjädrar ännu. Men snart, snart är vi n ä s t a n färdiga. Ett tag till får vi ta röran för vad det är, i vårt eget rum och i grannens rum. Så, hav tålamod med kollegan som i sin röra har just det dokument som du absolut måste ha för att kunna arbeta vidare.

Nu måste vi packa upp dessa 6000 kartonger, så vi hittar våra tankar och våra ”röda trådar”. Till folk utanför SoS är det en dålig ursäkt att säga att vi har det urstökigt just i dagarna, att vi står på huvudet i flyttkartonger. En sådan ursäkt kan alltför fort ge icke-önskvärda löpsedlar i pressen. Löpsedlar och stora rubriker kan det bli och bör bli under 1990. Fattas bara! Nya SoS ska inte falla i skymundan och arbeta i det tysta.
(SoS-aktuellt nr 1, 1990, första numret med utgivning varje vecka)

”

Suzanne Julin:
Ommöblering i dubbel bemärkelse

I anslutning till omorganisationen i början av 1990-talet medförde omsättningen av chefer att fler rum blev ”renoverade” med nya mattor och utsmyckning. Persienner med hängslen, vackra möbler att titta på men absolut inte att sitta på. Det var kanske det som var meningen.

fick personalen ta del av kunskap och erfarenheter förmedlade av professor *Torsten Björkman*, Tekniska Högskolan (Förändringsarbete i offentlig förvaltning – Visioner och verklighet), f.d. generaldirektör Bror Rexed (Socialstyrelsen i en ny värld), generaldirektör *Allan Larsson*, Arbetsmarknadsverket (Att förändra ett verk) och generaldirektör *Berit Rollén*, Arbetsmarknadsutbildning, AMU (Att bli efterfrågad).

Åtta huvudprogramområden

Som en grund för arbetsfördelningen inom verksledningen, samverkan mellan enheterna och prioriteringen i planeringen skapades åtta så kallade huvudprogramområden [30]:

1. Aktiv uppföljning.
2. Invandrares hälsa och välfärd.
3. Folkhälsoprogrammet.
4. Kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvård.
5. Vårdstruktur.
6. Utvecklad rehabilitering.
7. Äldreomsorgens utveckling.
8. Barn- och ungdomsprogrammet.

Lättare att informera

I december 1990 ville Socialdepartementet ha en första utvärdering av omorganisationen. Från informationsavdelningen kom ett kort svar:

1. Tillsynen kommer närmare.
2. Aktiv uppföljning görs län för län.
3. Erfarenheter och kunskap förmedlas genom vår nya tidning VÄL&VE.
4. Koncentration sker på viktiga områden (huvudprogramområden).

”I informationsarbetet har vi som mål att mottagarna ska uppfatta Socialstyrelsen som en kunnig, lyhörd, aktiv och objektiv kunskapsförmedlare. En central ’kunskapsbank’ som ständigt utvecklas i dialog med huvudmän, andra myndigheter, organisationer, forskare och personal verksamma inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd och socialtjänst.” [31]

SoS 95 – Bra blir bättre

1994 beslöt Socialstyrelsens verksledning att en intern översyn skulle genomföras [32]. Bakgrunden var de stora förändringarna inom myndighetens ansvarsområde – snabba omstruktureringar och huvudmannaskiften i en hårdnande ekonomi. Istället för avdelningar bildades fyra grupper från den 1 juli 1995: GD-gruppen, Hälso- och sjukvårdsgruppen, Tillsynsgruppen och Socialtjänstgruppen. GD-gruppen leddes av generaldirektör Claes Örtendahl, Hälso- och sjukvårdsgruppen av överdirektör *Nina Rehnqvist*, Tillsynsgruppen av överdirektör *Olof Edhag* och Socialtjänstgruppen av överdirektör *Ann-Marie Begler*.

Besparings- och omställningsarbete i början av 2000-talet

Nästa större förändring av verkets inre organisation och bemanning var bland annat ett resultat av de besparingar alla avdelningar måste göra efter millennieskiftet. Regeringens anslag till Socialstyrelsen minskade kraftigt och från 2001 täckte intäkterna inte kostnaderna. En del av besparingarna blev möjliga genom personalminskningar, bland annat genom att drygt 30 personer valde erbjudandet om pensionsersättning. Särskilda översyner genomfördes också av bland annat barn- och ungdomsenheten, psykiatriarbetet och informationsverksamheten. På ett verksmöte i mars 2000 sammanfattade Kerstin Wigzell i elva punkter det verksamheten borde koncentreras på framöver:

1. Åstadkomma en förebyggande och förutsägbar tillsyn.
2. Bidra till och verka för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten öppet och jämförbart redovisar sina verksamheters kvalitet, resultat och effektivitet.
3. Bidra till och verka för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten använder kvalitetsutvecklingssystem i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd.
4. Rapportera om folkhälsa och sociala problem med särskild inriktning på svaga grupper i samhället.
5. Verka för en kunskapsbaserad socialtjänst.
6. Stödja utvecklingen av öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
7. Verka för en ökad uppmärksamhet på barn och ungdomar som far illa.
8. Utvecklingen av tydliga budskap och publikationer vad avser normering och evidens.
9. Bli en öppen och tillgänglig myndighet.
10. Åstadkomma ett systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete i hela verket.
11. Vara en del av EU och övriga världen. [33]

All personal engagerades i diskussioner om Socialstyrelsens roll och uppdrag, bl.a. vid verksgemensamma aktiviteter (Måldagar). Sex strategiska och långsiktiga mål formulerades:

1. Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska bedrivas på ett sätt som garanterar patientens och klientens säkerhet samt rättstrygghet.
2. Huvudmännen ska arbeta utifrån ett patient- och klientperspektiv samt utifrån befolkningens behov.
3. Huvudmännens verksamheter ska vara evidensbaserade.
4. Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och hälsoskyddet ska styras av öppna och tydliga prioriteringsbeslut.
5. Huvudmännen ska bedriva systematiskt kvalitetsarbete och redovisa sina resultat på ett öppet, jämförbart och tillgängligt sätt.
6. Socialstyrelsens arbete ska vara av hög kvalitet med tydliga mål och resultat. Arbetet ska utgå från ett befolknings- och individperspektiv (patient, klient, anhörig) och inte ett organisationsperspektiv. [34]

För att sätta fokus på särskilt utsatta grupper etablerades tre verksövergripande program som skulle arbeta myndighetsövergripande och samordna Socialstyrelsens insatser för barn och ungdomar, psykiskt sjuka och missbrukare.

Länsstyrelsernas sociala enheter till Socialstyrelsen

Efter Ädelreformen framkom starka önskemål om bättre samverkan mellan länsstyrelsernas tillsyn av socialtjänsten och Socialstyrelsens tillsyn framför allt inom äldrevården. I oktober 2008 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda och genomföra en samordning av tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Socialstyrelsen. I uppdraget låg också att tillsynen skulle utvecklas med målet att skapa ett gemensamt tillsynsbegrepp och gemensamma tillsynsplaner.

Överförandet av tillsynen över socialtjänsten innebar att verksamheter på 21 länsstyrelser flyttades till Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter. Eftersom förändringen medförde att många länsstyrelsers medarbetare skulle tvingas flytta till annan ort om de inte ville byta arbete, var överflyttningen inte enkel. Som en övergångslösning etablerades också arbetsplatser på ett par orter utöver de där Socialstyrelsens regionala enheter fanns.

Förberedelsearbetet för flytten genomfördes i projektform med sex olika delprojekt där representanter för båda organisationerna deltog. De tekniska lösningarna för överförande och integrering till exempel av ärenden, diarium och rapporteringssystem krävde mycket arbete liksom förberedelserna för större lokaler för de regionala enheterna. Eftersom inte alla som arbetade med socialtjänsttillsyn på länsstyrelserna flyttade med till Socialstyrelsen genomfördes också en omfattande nyrekrytering i samband med flytten.

Uppdraget genomfördes i tät samverkan med länsstyrelserna. Organisationsförändringen genomfördes den 1 januari 2010. Den 1 juni 2013 överfördes tillsynen från Socialstyrelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Resultaten av sammanslagningen kan därför inte avläsas inom Socialstyrelsen.

Nationell modell för kunskapsstyrning

I juni 2011 gav regeringen sex myndigheter i uppdrag att utveckla modellen för God vård: Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Uppdraget innehöll tre delar:

- Se över den så kallade God vård-modellen och redovisa ett förslag till en utvecklad nationell modell för kunskapsstyrning.
- Ge förslag på hur områden där det finns begränsad eller otillräcklig kunskap, men där behoven av vägledning är stora, kan hanteras med olika metoder som kan användas gemensamt av myndigheterna.
- Redovisa en modell för att koordinera berörda myndigheters verksamhetsplanering när det gäller kunskapsstyrande verksamhet.

Den modell som togs fram beskriver de grundläggande förutsättningar som krävs för en fungerande kunskapsutveckling. Bland annat krävs en gemensam informationsstruktur. Modellen beskriver också processen för kunskapsstyrning. [35]

Tillsynen blir egen myndighet

Men debatten om Socialstyrelsens verksamhet gick vidare. Förslag om att bryta ut tillsynen från Socialstyrelsen framfördes lite då och då i bland annat riksdagen under 1990- och början av 2000-talen. Så blev det också. I januari 2011 fick Apoteksbolagets tidigare VD *Stefan Carlsson* regeringens uppdrag att se över de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet (Statens vård- och omsorgsutredning). I sitt slutbetänkande, ”Gör det enklare” (SOU 2012:33) föreslog utredaren fyra nya myndigheter, Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg samt Myndigheten för välfärdsstrategi. [36]

För att renodla tillsynen över vård och omsorg, beslöt riksdag och regering att bilda en ny myndighet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), den 1 juni 2013. Den nya myndighetens huvuduppgift skulle vara att granska att all vård och omsorg är säker, av god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar, förordningar och föreskrifter. Se s. 65

Stegvisa förändringar

De slutsatser och förslag som Statens vård- och omsorgsutredning lade fram har bl.a. lett till att regeringen valt att göra en stegvis reformering av myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Som ett första steg inrättades Inspektionen för vård och omsorg, därefter omvandlades Apotekens service AB till eHälsomyndigheten och i det tredje steget fördes uppgifter från Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut till den nya Folkhälsomyndigheten. En departementspromemoria utgjorde det fjärde steget i detta förändringsarbete. [37]

Regeringen beslutade att förändra myndighetsstrukturen utifrån de förslag som lagts fram. Det innebar bland annat att en del frågor flyttades från Socialstyrelsen till andra myndigheter under 2015:

- Frågor om familjerätt och familjerådgivning till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, dvs. den myndighet som tidigare hette Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.
- Det nationella samordningsansvaret för smittskyddsfrågor enligt smittskyddslagen och Sveriges åtaganden enligt internationella hälsoreglementet gick över till Folkhälsomyndigheten. Ansvaret för smittskyddsfrågor inom hälso- och sjukvård och ur patientsäkerhetssynpunkt blev dock kvar på Socialstyrelsen.
- Arbetet med kunskapsöversikter flyttades till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Socialstyrelsen fick därmed en större tyngd som kunskapsmyndighet med kunskapsstyrning av vård och omsorg i fokus. [38]

ISO-certifiering

Socialstyrelsen är sedan ett antal år tillbaka certifierad på områdena kvalitet, informationssäkerhet, miljö och arbetsmiljö (KIMA).

Processinriktad organisation

Under Socialstyrelsens femtio år har naturligtvis även andra förändringar skett i organisation, avdelningsstrukturer och arbetsprocesser utifrån förändringar i omvärlden eller i uppdraget. Den 1 januari 2010 fick Socialstyrelsen till exempel en ny processbaserad organisation med tre huvuduppgifter:

- Kunskapsspridning.
- Regelgivning.
- Tillsyn.

Samma år genomförde Statskontoret en myndighetsanalys av Socialstyrelsen. Utgångspunkten var Socialstyrelsens nya organisation och integreringen av hälso- och sjukvård och socialtjänst. I uppdraget ingick även att utvärdera om verksamheten vid Socialstyrelsens sex kunskapscentra var ordnad utifrån de nationella behoven på området. Det finns sex sådana kunskapscentra som ska utveckla, bevaka och samordna kunskap om krisberedskap inom det medicinska fältet. [39]

Dagens huvuduppgifter och organisation

Idag (oktober 2018) har Socialstyrelsen följande huvuduppgifter [40]:

- Ta fram och utveckla statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga.
- Följa upp och utvärdera hur vården och omsorgen fungerar när det gäller till exempel väntetider, tillgänglighet och personaltillgång.
- Ta fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur man lever upp till föreskrifternas krav.
- Pröva och utfärda legitimationer för personal inom olika yrkesgrupper, till exempel apotekare, läkare, naprapater, psykologer och tandläkare.

Socialstyrelsen har också beredskap inför allvarliga händelser och ska vid behov samordna delar av hälso- och sjukvårdens insatser.

Socialstyrelsen leder ett antal rådgivande och beslutande råd och nämnder, till exempel rättsliga rådet och etiska rådet samt Rådet för styrning med kunskap – ett samarbete mellan nio myndigheter som ska driva på utvecklingen inom vården och omsorgen.

Rättsliga rådet

Rättsliga rådet är ett självständigt organ med egen beslutsrätt administrativt knutet till Socialstyrelsen. Rådet avgör rättsliga, sociala och medicinska frågor av speciell natur. Exempel på sådana frågor är sena aborter (efter utgången av 18:e havandeskapsveckan), ändrad könstillhörighet, sterilisering och insemination. Vidare handläggs rättsmedicinska och rättspsykiatriska ärenden där rådets yttranden är tungt vägande. Dessa ärenden har ofta stort allmänintresse. I rådet som har olika sammansättning beroende på vilken typ av ärende som ska avgöras ingår mycket erfarna jurister, representanter från Socialstyrelsen, experter och allmänföreträdare. 2016 avgjordes totalt 1 316 ärenden. [41]

Strategisk färdplan 2017–2020

Med utgångspunkt från sin instruktion, omvärldsanalys och arbetet i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst har Socialstyrelsen fastställt sju utvecklingsområden fram till 2020 [42]:

1. Samordna nationellt och styra mot god vård och omsorg.
2. Jämlik hälsa, vård och omsorg.
3. Kunskapsbaserad socialtjänst.
4. Kunskapsstyrning genom nationella riktlinjer.

5. E-hälsa och välfärdsteknik.
6. Effektiv myndighetsutövning.
7. God krisberedskap.

Nya myndigheter efter 1968

En hel del nya myndigheter har bildats de senaste femtio åren inom verksamheter som Socialstyrelsen till viss del haft ansvaret för. Se tidslinjen på nästa sida.

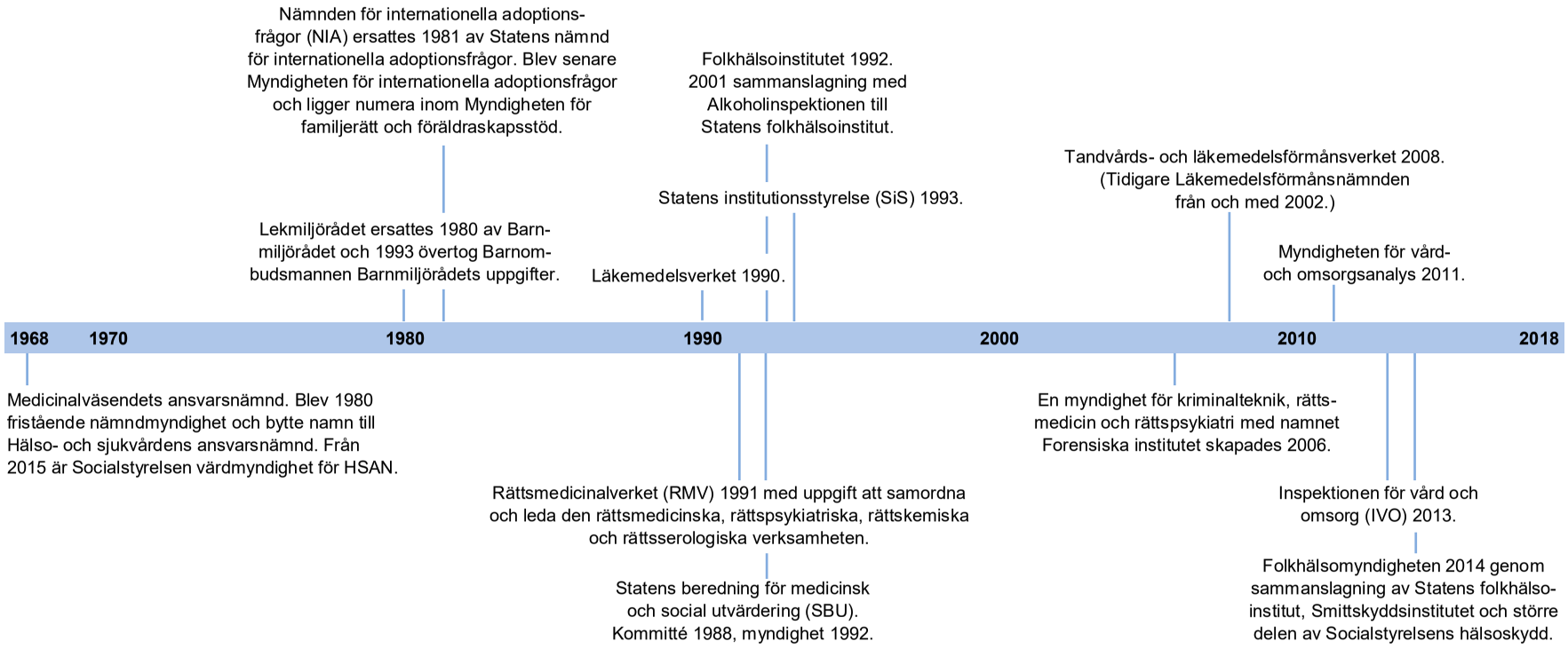
Anledningen till att inrätta dessa myndigheter har varit att man bland annat vill koncentrera kompetenskrav till vissa uppgifter. Som nackdelar kan nämnas problem med gränsdragning och behov av samordning. Dessutom krävs resurser till egna chefer, kanslier m.m.

Kvar som mer eller mindre självständiga delar inom Socialstyrelsen är Rättsliga rådet och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Den sistnämnda kom tillbaka till Socialstyrelsen 2015 efter att ett antal år ha varit en självständig myndighet. (Se s. 35 och 37.)

Antalet anställda har varierat

Vid starten 1968 hade Socialstyrelsen 441 anställda på centrala verket. Efter omorganisationen 1981 var antalet cirka 850. Nästa större förändring skedde 1990. Den 1 juli 1991 hade antalet minskat till 320 och 1992 var målet 265 årsarbetare, varav 64 på de regionala enheterna. Vid millenieskiftet 2000 var antalet 526 och idag är antalet anställda cirka 730.

Nämnder, råd och myndigheter som lämnat Socialstyrelsen eller bildats inom liknande områden



Förändring och följsamhet i takt med lagändringar

Men det är inte bara översyner med efterföljande regerings- och riksdagsbeslut eller interna omorganisationsinitiativ som påverkat Socialstyrelsens förändringar och utveckling. Regeringens styrning i regleringsbrev och enskilda uppdrag liksom reformer och lagändringar har inneburit krav på anpassning av organisation, personalens kompetens och arbetssätt. Under de femtio åren har bland annat följande lagar trätt i kraft, ändrats och ersatts:

- Lag (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
- Sekretesslagen (1980:100)
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (1980:621, uppdaterad 1990:52) (LVU)
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Socialtjänstlagen 1982 (1980:620, uppdaterad 2001:453)
- Hälsoskyddslagen (1982:1080)
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Patientjournallagen (1985:562)
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården
- Lag (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område
- Lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården
- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)
- Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.
- Smittskyddslagen (2004:168)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

4. Några milstolpar de första 20 åren

Kurt Roos:
Detaljstyrning av läkartjänster

Byråns personal bestod av ett femtontal mycket duktiga, ambitiösa och lojala medarbetare med bakgrund i bland annat juridik och samhällsvetenskap plus tre timanställda föredragande läkare. Många av medarbetarna var unga och tämligen nyexaminerade, men ”oj” vad de utvecklades.

Vid denna tid var den statliga styrningen av huvudmännen mycket omfattande, vilket bland annat illustreras av detaljregleringen av läkartjänster. Huvudmännen måste ha Socialstyrelsens acceptans för varenda specialistläkartjänst man ville inrätta, men även underläkartjänsterna reglerades i detalj. Om en huvudman ville flytta en vakant underläkartjänst tillfälligt från en klinik till en annan krävdes Socialstyrelsens bifall. För att få en överblick över fördelningen av läkartjänster i landet sanktionerade av Socialstyrelsen togs en systematisk översikt fram för samtliga sjukhus. Detta gav oss en bild av hur långt specialiseringen var driven i varje landsting och hur tillgången på läkartjänster relaterade till befolkningsunderlag och sjukhusstruktur. Med detta faktaunderlag kunde Socialstyrelsen medverka till att driva på utvecklingen av sjukvårdsstrukturen i landet.

Statlig detaljstyrning av sjukvården

Regering och riksdag hade under 1960-talet beslutat om omfattande central styrning av läkartjänster, investeringar i sjukhusbyggnader och även utrustning. Socialstyrelsen fick under 1970-talet ett stort ansvar för att dessa intentioner skulle förverkligas.

Läkartjänster

Ett av syftena med att styra tillsättning av läkartjänster var att fler skulle arbeta dels utanför universitetsorterna, dels inom prioriterade områden som primärvård, psykiatri och långvård. Huvudmännen fick ansöka hos Socialstyrelsen om att få inrätta nya läkartjänster inom ramen för kvoter som fastställts efter samråd med företrädare för Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund. Kvoterna relaterades till beräknad tillgång på specialister av olika slag. I början av 1970-talet hade en stor del av personalen på verkets sjukhusbyrå i uppgift att skriva PM utifrån varje huvudmans ansökningar om nya specialistläkartjänster. Särskild hänsyn togs till glesbygd. Vid avslag på begärda tjänster kom skrivelser och uppvaktningar. Landsting med regionsjukhus hade svårt att acceptera de strypningar av antalet begärda tjänster som verket beslutade om. Genom den begynnande subspecialiseringen var behovet av fler tjänster stort, framför allt på de större sjukhusen.

Under 1989 gjorde *Helena Dahlgren* en utvärdering av Socialstyrelsens tilldelning av tjänster för vidareutbildning inom olika specialiteter på uppdrag av Stockholms läns landsting. Det visade sig att den inte hade någon effekt på antalet färdiga specialister. De unga läkarna hade egna idéer om vad de ville bli och hittade olika lösningar, genom vikariat, avhoppade utbildningar etc. [43]

Bror Rexed och delar av verkets ledningsgrupp i sessionssalen på Wallingatan 2. Till vänster: S. Åke Lindgren. Till höger: Odd Engström (stående), Håkan Rahm, Stig Lindgren och Henry Sälde. Foto: Georg Sessler

Kurt Roos: **Sjukhusbyggen under lupp**

På motsvarande sätt som med läkartjänster hade statsmakten beslutat om en långtgående reglering av alla byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården för att den vägen tvinga fram en utbyggnad av primärvård, sjukhem och långvård samt psykiatri utanför de gamla mentalsjukhusen. Men regleringen hade också ett regionalpolitiskt syfte och skulle ta hänsyn till tillgången på byggnadsarbetare i olika delar av landet. Därför skulle arbetsmarknadsmyndigheterna tillfrågas vid större projekt. Riksdagen beslutade om den totala investeringsramen och prioriteringsordningen.

Sjukhusbyrån hanterade samtliga ansökningar om ny-, om- och tillbyggnader på akutsjukhusen. Eftersom dessa hade lägre prioritet än enheter för psykiatri, primärvård och långvård var konkurrensen mellan projekten hård. Vår linje var att dela upp större projekt i etapper, banta antalet vårdplatser och hushålla med ytorna bättre. Genom byggregleringen blev avdelningschef *Sven Alsén* och jag till exempel ansvariga för att Östra sjukhuset i Göteborg inte blev ett nytt universitetssjukhus och Vrinnevisjukhuset i Norrköping långt mindre än beräknat. Eftersom huvudmännen kom att avveckla hälften av alla korttidsplatser i vården decennierna härefter, var nog besluten de rätta.

Byggnadsinvesteringar

Intentionen bakom statsmakternas beslut att reglera alla byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården var att försöka få huvudmännen att bygga lokaler för prioriterade verksamheter som primärvård, sjukhem, långvård och psykiatri utanför de gamla mentalsjukhusen. Akutsjukhusen var lägst prioriterade. När Socialstyrelsen gett klartecken för ett byggprojekt måste huvudmannen sända in ritningar till den statliga NUU-nämnden (nämnden för universitetssjukhusens utbyggnad) för granskning och godkännande. Nämndens kansli var en del av Spri och leddes av avdelningsdirektör *Alf Nygren*. Den hade till uppgift att reglera inköp av dyrare medicinteknisk utrustning, framför allt på regionsjukhusen. Staten stod för 25 procent av kostnaderna för den apparatur NUU-nämnden godkänt. Förhandlingarna med Nygren, som alltid var kunnig och påläst, var tuffa. Ibland gav klinikchefen upp och fick sjukhusdirektören att avstå från det statliga bidraget, så att köpet av exempelvis en ultra-ljudsapparat ändå kunde göras. NUU-nämnden avvecklades 1990. [44]

I och med den nya hälso- och sjukvårdslagen 1982 (1982:763) avstod staten från den styrande makten över fördelning av läkartjänster och byggnader inom vården. Denna ramlag, som stått sig väl genom åren, utgör grunden för de ändringar i lagar och förordningar som senare tillkommit inom området.

Nyårsskämt i Läkartidningen

- ”Socialstyrelsen screenlägger det s.k. jätteregistret och planerar i stället en samlad hälsodokumentation för hela befolkningen, den s.k. Svenska journalen. Innehållet kommer att dikteras av omständigheterna.”
- ”Ohälsans sociala snedfördelning motiverar tillkallandet av 1986 års smittspridningskommitté.”
- ”I ett meddelandeblad förklarar socialstyrelsen att ”omvårdnad” inte är detsamma som återbesök.”
- ”Vikten av hövligt patientbemötande understryks i den nya hälsa-i-sjukvårdslagen.”

(Läkartidningens ledare = kristallkulan i nr 52/85)

Medicinsk tillsyn före 1990

Tillsynen av svensk hälso- och sjukvård har varierat påtagligt under de senaste femtio åren, såväl till omfattning som till innehåll.

HSAN inrättas

År 1968 inrättades medicinalväsendets ansvarsnämnd, som därmed övertog uppgifterna från medicinalstyrelsens disciplinnämnd. Fram till 1980 var nämnden en avdelning inom Socialstyrelsen. Sjukvården hade enligt lex Maria (s. 59 och 60) skyldighet att anmäla allvarlig skada eller allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhus. Motivet för skyldigheten att anmäla var främst att ”få kännedom om sådan händelse

som kunde föranleda straff- eller disciplinrättslig påföljd". Hälso- och sjukvårdsutredningen HSU (SOU 1979:78 s. 359) ansåg emellertid att skyldigheten att anmäla främst skulle vara att förebygga skada och på så sätt göra sjukvården säkrare. [45]

Genom lag (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. blev medicinalväsendets ansvarsnämnd en fristående så kallad nämndmyndighet med uppgift att "pröva frågor om disciplinansvar och frågor om begränsning av legitimerad yrkesutövares behörighet". Samtidigt bytte den namn till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Från 2015 ansvarar Socialstyrelsen åter för handläggning och administration åt HSAN.

Socialstyrelsens handläggning av ärenden

Under 1960-, 1970- och 1980-talen skulle Socialstyrelsen framför allt handlägga inkommande ärenden, antingen i form av klagomål på vården från patienter och närstående eller efter lex Maria-anmälningar från chefläkare. Ärenden som Socialstyrelsen själv initierade var få. Arbetet bestod framför allt av analys av inkomna ärenden och skriftväxling med inblandad vårdpersonal. Störst tyng lades på att utreda och förbereda de ärenden som gick till HSAN för bedömning. Även Riksdagens ombudsmän, Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK) har rätt att göra anmälan. HSAN:s beslut kan överklagas till Förvaltningsrätten i Stockholm.

I runda tal avskrevs 90 procent av klagomålen från patienter och närstående efter att inblandad hälso- och sjukvårdspersonal fått yttra sig skriftligt eller träffat berörda för att reda ut händelsen. Ofta var dåligt bemötande eller bristande information anledningen till anmälan. Av de återstående fallen sändes flertalet till HSAN efter utredning på Socialstyrelsen. Inte sällan kunde en avvikande händelse bedömas vara ringa eller ursäktlig. Av lex Maria-anmälningarna lämnades cirka tio procent vidare till HSAN för bedömning om disciplinpåföljd. Ett eller flera av Socialstyrelsens vetenskapliga råd kunde också anlitas för att göra en bedömning om handläggningen kunde anses ha stöd inom den medicinska vetenskapen eller kunde anses vara praxis (beprövad erfarenhet).

De vetenskapliga rådens utlåtanden hade stor tyngd och påverkade praxis, och så är det även i dag. Några ärenden av vägledande karaktär har publicerats i Läkartidningen, i Dagens Medicin och även i bokform [46]. Inte sällan ledde vetenskapliga råds utlåtande till intensiv debatt. Den "prickade" läkaren – och ibland även delar av läkarkåren utanför akademien – ansåg att en bedömning var gjord långt från den kliniska verkligheten. Det vetenskapliga rådet ansågs ha en alltför akademisk och teoretisk syn på ärendet.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Vid behov anlitar Socialstyrelsen olika experter, till exempel de vetenskapliga råden. Till vetenskapliga råd utses personer med framstående skicklighet och beprövad erfarenhet inom olika vetenskapsgrenar som är av betydelse för Socialstyrelsens arbete. Av integritetsskäl ska alla vetenskapliga råd avge en deklaration om jäv i varje enskilt ärende. De vetenskapliga råden utses för en period om fyra år. [47]

Lars Grönvall: **Regionala tillsynen mycket välkommen**

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) startade sin verksamhet som egen myndighet 1980. Socialstyrelsen fick därigenom börja handlägga tillsynsärenden rörande hälso- och sjukvårdspersonalen. Socialstyrelsen fick genom den nya lagstiftningen bland annat till uppgift att till HSAN anmäla ärenden om återkallelse av legitimation och att begränsa läkares rätt att förskriva narkotiska läkemedel. Ökade krav ställdes på Socialstyrelsens fackbyråer inom hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Själv började jag arbeta med juridiska frågor på primärvårdsbyrån i början av 1980-talet. På min lott föll bland annat att handlägga så kallade behörighetsärenden rörande läkares yrkesutövning inom den öppna hälso- och sjukvården i hela riket, för såväl privat verksamma läkare som offentligt anställda. Resurserna var enligt min uppfattning snålt tilltagna och ärendehandläggningen var tidskrävande. Flertalet ärenden skulle också prioriteras och tas med förtur. För att på bästa sätt kunna ta ställning till en läkares hälsotillstånd eller förskrivningsmönster avseende narkotiska läkemedel var det ofta önskvärt att läkarens verksamhet bedömdes genom en inspektion.

Att sköta denna uppsökande verksamhet från kontoret i Stockholm var inte helt enkelt. Många gånger fick inspektionen utföras av en särskilt förordnad expert utanför Socialstyrelsen. Ibland fick bedömningen göras enbart på handlingarna i ärendet. Det var därför med den största tillfredsställelse och med stora förhoppningar som jag kunde konstatera att en regional tillsynsorganisation kunde starta 1990. Så småningom blev det sex regionala tillsynsenheter. Helt andra möjligheter öppnade sig när tillsynsmyndigheten kom geografiskt nära verksamheterna och tillsynen äntligen fick rejält utökade resurser. Det kan inte nog understrykas vad detta har inneburit för en effektiv ärendehandläggning med hög kvalitet.

HSAN idag

Efter begäran från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kan HSAN dra in legitimationen för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt dra in eller begränsa läkares och tandläkares rätt att förskriva narkotiska och andra vanebildande läkemedel. Hälso- och sjukvårdspersonalen kunde tidigare tilldelas en disciplinär påföljd i form av varning eller erinran. Genom patientsäkerhetslagen (2010:659) upphävdes det disciplinära förfarandet. På 1990-talet infördes möjligheten för legitimerad personal att under vissa förutsättningar få behålla sin legitimation under en treårig prövotid. Han eller hon får då arbeta fullt ut i sitt yrke under överinseende och kontroll från IVO:s sida. Om allt faller väl ut under prövotiden får yrkesutövaren fortsätta att arbeta inom sitt yrke.

Idag kan HSAN besluta om:

- Återkallelse av legitimation eller annan behörighet att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården.
- Indragning eller begränsning av förskrivningsrätt.
- Prövotid.
- Ny legitimation eller annan behörighet.

Mer om tillsyn finns på s. 56.

Anmälningsskyldighet enligt lex Maria

I förarbetena till ny hälso- och sjukvårdslag 1982 finns ett avsnitt om lex Maria (prop. 1981/82:97). I propositionen framhålls nödvändigheten av att behålla en anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen av skador som inträffat i vården och som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgöra en normal risk. Huvudsyftet med en sådan bestämmelse är enligt propositionen att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till en inträffad händelse – till exempel tekniskt fel på apparatur, den mänskliga faktorn eller fel eller försummelse från någon bland personalen. ”Det är många gånger av stor betydelse för såväl personalen som patienten eller hans/hennes närstående att från sakkunnig instans få klarhet i varför en skada eller sjukdom uppstått”, säger föredragande statsrådet och fortsätter: ”Viktigast är dock att Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter eller på annat sätt ingriper för att förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden.”

Folkhälsoarbete

Socialstyrelsen arbetade redan från starten 1968 aktivt med folkhälsoarbete under *Malcolm Totties* och *Nils Östbys* ledning och med stöd av Hälsovårdsupplysningsdelegationen (HVUD). Den 28 augusti 1968 presenterades Din Hälsa-kampanjen på en välbesökt presskonferens. Kampanjen, som genomfördes i samarbete med Folksam och Skandiakoncernen, byggdes upp kring planschen Din Hälsa och omfattade huvudgrupperna hygien, daglig motion, näring, fritid och sömn samt stress och gifter. En rad artiklar för olika typer av press togs fram samt filmer, broschyrer m.m. i undervisningssyfte.

I Socialstyrelsens personaltidning (nr 6, 1968) kunde man bland annat

Kurt Roos: **Ansvarsärenden**

Att vara föredragande läkare i Ansvarsnämnden innebar mycket arbete med genomgång av journaler, yttranden, klagoskrivelser och inte minst att precisera vilka frågor som berörda vårdgivare skulle svara på. I många ärenden inhämtades särskilt yttrande från ledamot i det vetenskapliga rådet. Tid måste också läggas på att delta i utformningen av förslag till slututlåtande. Första åren fick jag ta huvuddelen av ansvarsärendena eftersom byrån bara förfogade över tre föredragande läkare. Antalet föredragande utökades till ett tiotal under 1970-talet.

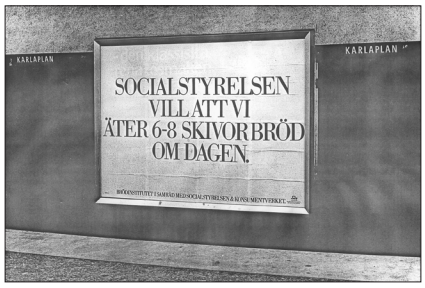
Förgiftningar på Maria sjukhus blev lex Maria

Fyra patienter, som sökt för relativt bagatellartade åkommor på Maria sjukhus i Stockholm 1936, avled i njursvikt inom en vecka efter sjukhusvistelsen. En förväxling av ett bedövningsmedel (etocain) och en lösning som användes för desinfektion av hud (kvicksilveroxicyanid) var orsaken till dödsfallen. Desinfektionsmedlet avsett för yttre bruk hade injicerats till de fyra patienterna. En rad brister i instruktioner, i rutiner och i kompetens framkom såväl på sjukhuset som på apotek vilket gjorde att åtal väcktes mot en sjuksköterskeelev, två sjuksköterskor och sjukhusets styresman. Samtliga friades. Domen överklagades till Svea hovrätt som inte ändrade på den friande domen. En kungörelse trädde i kraft fyra månader efter händelsen med krav på rapportering till Medicinalstyrelsen om någon vid behandling på sjukvårdsinrättning drabbats av skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet (SFS 1937:6 § 1). År 1996 fördes bestämmelserna om anmälningsskyldighet över från den så kallade lex Maria-förordningen till 5 § tillsynslagen.

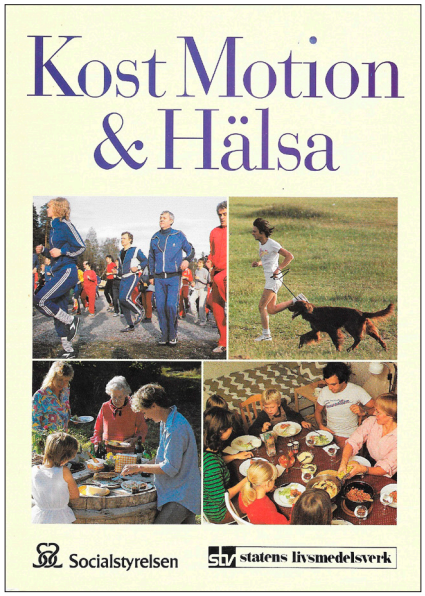
läsa följande: ”På kvällen ägnades ett TV-program åt planschen. Även i senare Aktuellt uppmärksammades den. Planschen har mottagits med stort intresse. Den är den första i sitt slag i världen, där hela hälsoområdet är upptaget. På sina håll har folk köat för att få planschen. Meningen är att densamma skall sättas upp inte bara i offentliga lokaler utan även i hemmen. Till planschen är fogat ett omfattande bredvidmaterial, som kan bilda underlag för studier i skolor, organisationer och i andra sammanhang. Det finns bland annat en mycket stimulerande och rolig stillfilm av Poul Ströyer.”

Stor efterfrågan på ”Din Hälsa”

HVUD (hälsovårdsupplysningsdelegationen) har presenterat en sammanställning av antalet beställningar i anslutning till ”Din Hälsa”-kampanjen. Över 600 000 beställningar på hälsoplanschen har kommit in och drygt 200 000 beställningar på elevuppgifter. Lärarpärmen har gått ut i 3 372 ex. och den stora plastade hälsoplanschen i 4 581 ex. HVUD konstaterar också att hälsokampanjen blivit uppmärksammad även i de övriga nordiska länderna. (Socialstyrelsens personaltidning nr 1–2, 1969)



”Jag äter bara en smörgås om dan. Inte 6–8 som Socialstyrelsen inte.” var en replik från Hans Alfredsson i hans och Tage Danielssons föreställning Svea Hund 1976.



Långlivade brödskivor

Än idag kan den som arbetar på Socialstyrelsen få mer eller mindre skämtsamma kommentarer om 6–8 brödskivor – drygt 40 år efter att det myntades. Rekommendationen ingick i en reklamkampanj som Brödinstitutet genomförde. En expertgrupp inom Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning hade tagit fram underlaget som var en del i den 10-åriga satsningen Kost och motion. Kampanjen, som genomfördes 1976 i samarbete med Socialstyrelsen och i viss utsträckning Konsumentverket hade som huvudtema att ”Socialstyrelsen vill att vi äter 6–8 skivor bröd om dagen”. Budskapet var väl synligt i annonser, på affischer, trafikreklam och i reklamfilm. Målet var att väcka uppmärksamhet, intresse och att skapa debatt för att motarbeta brödfördomar och öka brödkonsumtionen. Reklammannen *Mats Alinder* som stod bakom annonsens utformning fick mycket uppmärksamhet och beröm. [48]

Brödinstitutet bedömde att kampanjen varit framgångsrik och att brödets positioner flyttats fram inom såväl näringsdebatten som kostupplysningen. Men brödet blev också ett kärt diskussionsämne och 6–8 skivor bröd m.m. blev ett begrepp som inte minst skämttecknare och myndighetskritiker använde sig av. Den 17 mars 1976 höll Socialstyrelsen en presskonferens där man klargjorde sitt ställningstagande och sin medverkan i brödkampanjen. Rekommendationen om 6–8 skivor matbröd (125–175 gram) om dagen stod fast och att siffrorna är medeltal, 6 för lågenergiförbrukare och 8 för högenergiförbrukare. [49]

1982 drog Brödinstitutet igång en ny brödkampanj på samma tema. Socialstyrelsen informerar då om att kampanjen är helt finansierad av Brödinstitutet. Vidare skriver myndigheten att den som vill förbättra sina kostvanor har god hjälp av ”kostcirkeln”, som ursprungligen togs fram av Statens institut för folkhälsa på 1960-talet. Idag omdöpt till matcirkeln.

Motion och sunda kostvanor

Kampanjen Kost och motion innehöll också många andra delar, inte minst för att öka intresset för motion och sunda kostvanor. För att få ut så mycket som möjligt för de medel man förfogade över samarbetade man med olika organisationer och andra myndigheter. Tillsammans med Livsmedelsverket gav Socialstyrelsen ut en faktaskrift, ”Kost och motion”, i en första upplaga 1971 och i en bearbetad upplaga 1978. Eftersom sambanden mellan kost, motion och hälsa blivit allt tydligare kom en mer omfattande revidering av skriften med titeln ”Kost, motion och hälsa” ut 1986. Även den har senare reviderats, bl.a. 1992. [50]

Under 1985 gav Socialstyrelsen också ut en kokbok, ”Bra mat”. Syftet var att visa att bra mat kan vara både välsmakande och en njutning för ögat samt att det varken behöver vara svårt eller dyrt att äta rätt. Bokens maträtter byggde på officiella kostrekommendationer. Se också s. 187. [51]

Andra uttalanden om hälsa

Socialstyrelsen och dess nämnd för hälsoupplysning (h-nämnden) gjorde även andra uttalanden om hälsa i början av 1980-talet, bland annat i rapporten ”Idéer för aktiv patientinformation” där h-nämnden skriver att aktiv patientinformation kan ge bättre hälsa. Vårdcentralen kan vara ett lokalt hälsocentrum som ska kunna gå utanför sina väggar och samarbeta med lokalsamhället med hälsofrämjande åtgärder, men personalen behöver utbildning. I en gemensam konferens med Livsmedelsverket 1981 säger Socialstyrelsen att mer än hälften av all cancer beror på olika miljöfaktorer. Mjölk på daghemmen och i skolan är viktig näring för barn och ungdomar är ett annat budskap detta år.

Arbetet med folkhälsan går som en röd tråd genom Socialstyrelsens 50-åriga historia. Förutom regeringsuppdrag som att bevaka åtgärder för att påverka missbruk av olika slag som tobak, alkohol och narkotika (se 10. Skadligt beteende, utsatthet och hälsorisker) har myndigheten haft i uppdrag att fastslå gränsvärden för radon i bostäder (se s. 178) och buller. I folkhälsorapporterna (s. 136) har Socialstyrelsen pekat på skillnader i variabler som mäter folkhälsan i syfte att få kommuner och landsting att arbeta med att utjämna hälsoklyftor. En rapport redovisar specifika miljöfaktorers negativa påverkan på människors hälsa. Vid den länsvisa uppföljningen (s. 70) har Socialstyrelsen i en del län pekat på att det inte funnits heltäckande, långsiktiga program i syfte att förbättra folkhälsan. Insatser kan ha funnits, men de har varit tillfälliga.

Tandhälsan

Många anser att allmän fluorsköljning i skolan är den mest effektiva preventiva åtgärden som samhället satsat på under förra seklet för att förbättra människors hälsa. Fluortanten gjorde entré i skolorna för första gången i början av 1960-talet. Alla barn fick en engångsmugg, fick skölja munnen och sedan spotta. Fluorsköljningarna (0,2 procentig natriumfluoridlösning) upphörde i början av 1990-talet. Sedan början av 2000-talet har kariespreventionsprogram för barn startats i vissa ”riskområden” på grund av konstaterad sämre tandhälsa. [52] En del kommuner har infört fluorsköljning på nytt trots att den inte är generellt rekommenderad exempelvis i Kristianstad (Kristianstadsbladet 14 februari 2018).

I en dansk studie och även en mindre svensk studie 1981 ansågs fluor menligt påverka emaljen. Socialstyrelsen kunde dock efter att ha konsulterat expertis avfärda detta påstående och skrev i ett meddelande att ”fluor är ett effektivt medel mot karies utan biverkningar”. Samma år publicerade Socialstyrelsen ett tandhälsovårdprogram för vuxna som stöd för att förebygga tandlossning och karies (*Erling Böhlin*).

Det hände mycket inom tandvården under 1970-talet. Barn- och ungdomstandvården fick en fastare organisation och man strävade efter att göra vårdresurserna mer tillgängliga för den vuxna befolkningen. Ett

Nils Östby:
Ringarna på vattnet

Nils Östby var under många år en av förgrundsgestalterna när det gäller att förbättra hälsoupplysningen och folkhälsan. Han var bl.a. chef på h-nämnden (nämnden för hälsoupplysning) och senare på Socialstyrelsens byrå för hälsoupplysning. Den 1 juli 1992 flyttades verksamheten över till Folkhälsoinstitutet. I anslutning till sin pension sommaren 1997 höll Nils Östby en mycket uppskattad föreläsning på Folkhälsoinstitutet. Här några citat från hans inledning:

”Man kastar ibland ut barnet, dvs. hälsoupplysningen, med badvattnet, dvs. individinsatserna. Kvar blir strukturinsatserna. Jag anser att även individpåverkan, bl.a. genom hälsoupplysning, hör hemma i ett modernt folkhälsoarbete och att också det måste ges goda utvecklingsmöjligheter och en självklar kontinuitet. Vi är till syvende och sist enskilda individer och det är inte oväsentligt hur vi framlever vårt liv. Vare sig för oss själva och våra närmaste och för samhället. Jag kanske slår in öppna dörrar – det finns de som anser att det förhåller sig tvärtom, att det är samhällsomvandlingen som inte får resurser tillräckligt. Men det finns, enligt min uppfattning, ett alldeles avgörande motiv för kunskapsförmedling till individer – det demokratiska: alla och envar, oberoende av kön, ålder, hudfärg etc. I varje fall alla som önskar och efterfrågar den…” [53]

utbyggnadsprogram fastställdes för folktandvården fram till 1980. Samtidigt genomfördes en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna. En viktig del i utvecklingen mot mer profylaxinriktad tandvård var också tillkomsten av den nya yrkesgruppen tandhygienister. Socialstyrelsen tog fram riktlinjer för utbildningen av tandhygienister samt anvisningar för hur denna personalgrupp skulle passas in i tandvårdsteamet. [54]

1984 hade antalet kariesangrepp minskat kraftigt. Cirka 80 procent av 3-åringarna var då kariesfria och bättre tänder hos barn gav plats åt fler vuxna i folktandvården. I och med att tandhygienister med treårig högskoleutbildning kommit in i tandvården har tandhälsan förbättrats avsevärt, visar ett sexårigt försöksprojekt 1995. Teamarbetets betydelse lyftes fram.

Information om vikten av att borsta tänderna och regelbundet besöka tandvården var både omfattande, uppfinningsrik och humoristisk under 1970-talet. Ofta i samarbete med Tandvärnet. Bland annat kunde tandvårdskliniker beställa en skärmutställning om vad som sker i munnen och vad som kan orsaka sjukdomar.

En av de broschyrer som under åren tryckts om i stora upplagor är Tändernas vård på svenska och tretton andra språk.

Se också s. 150 om amalgam.

Mer om hälsofrågor finns i kapitel 9, Socialstyrelsen följer utvecklingen.

Homosexualitet inte sjukdom

En händelse som gav stora rubriker var ockupationen av Socialstyrelsens entré och trappa 1979. Det ockupanterna protesterade mot var att homosexualitet var klassad som sjukdom i klassifikationen för sjukdomar (ICD-9). Generaldirektör Barbro Westerholm såg snabbt till att den koden ströks ur klassifikationen.

”

Carl-Anders Ifvarsson: **Viktiga insatser för hbtq-personer**

En av de frågor som jag tycker att Socialstyrelsen med rätta måste bli ihågkommen för är den kraftfulla kamp som verket tidigt drev för att förbättra hbtq-personers rättigheter i det svenska samhället. Det började med att Barbro Westerholm, som utsågs till generaldirektör för Socialstyrelsen 1979, direkt efter tillträdet genomdrev att ”homosexualitet” inte längre skulle vara klassad som en sjukdom i Sverige. Sedan fick Socialstyrelsen 1987 i uppdrag av regeringen att samordna ansvaret för samhällets insatser för homosexuella. För att genomföra det uppdraget tillsatte Socialstyrelsen en samrådsgrupp med en rad av organisationer som företrädde hbtq-samhället. Jag fick som överdirektör ansvaret att leda denna grupp. I gruppens diskussioner stod det snart klart att den kanske viktigaste frågan var att ta fram ett förslag till regelverk för hur hbtq-personer skulle kunna ingå äktenskap. I Danmark hade man 1989 infört en ”lag om partnerskap för homosexuella”.

Det tog nu Socialstyrelsen fasta på och en skicklig jurist – *Bo Widegren* – som jobbat med dessa frågor engagerades för att ta fram ett förslag till en liknande lagstiftning för svensk del. Han gjorde det på kort tid. Det väl genomarbetade förslaget förankrades i samrådsgruppen och Socialstyrelsen överlämnade det till regeringen i juni 1990. Därefter hände inget utan frågan lades på is i Justitiedepartementet. Pressen på regeringen att göra något åt Socialstyrelsens förslag var dock hård – och då tillsatte man en kommitté…! Som ironiskt nog kom att ledas av just Barbro Westerholm, som nu lämnat Socialstyrelsen och blivit ledamot av riksdagen, och i vilken jag själv blev sakkunnig. En del av det parlamentariska spelet som följde har Barbro Westerholm vältaligt beskrivit i en artikel i boken ”Homo i Folkhemmet. Homo- och bisexuella i Sverige 1950–2000” [55].

Resten är historia. Som vi vet genomfördes partnerskapslagen för att 2009 ersättas av en lagstiftning om samkönade äktenskap. Men enligt min mening är det viktigt att ”ge Socialstyrelsen cred” för att man tidigt så hårt drev dessa frågor.

Fem år senare kom den offentliga utredningen ”Homosexuella och samhället” (SOU 1984:63) och i december 1987 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att i fortsättningen på olika sätt bevaka utvecklingen och ansvara för samordning av insatser för homosexuella. En av åtgärderna var att utarbeta en skrift om Homosexuellas rättigheter. Den drygt 100-sidiga skriften innehöll bland annat avsnitt om att vara ung och homosexuell, skola och föräldrar, utbildning och forskning, olaga diskriminering, familjerätt, arv m.m. [56, 57]

Synen på socialvården

Under början av 1970-talet hände mycket inom det sociala området, inte minst inom kommunal socialvård. Det medförde bland annat att det blev allt svårare för den enskilde att orientera sig om sina sociala rättigheter och skyldigheter. En negativ attityd till socialvården gjorde vidare att många inte sökte socialvårdens service och lagreglerade förmåner. Via den dåvarande Nämnden för samhällsinformation ansökte Socialstyrelsen tillsammans med Socialdepartementet och Svenska Kommunförbundet om medel till en informationskampanj om socialvården. En utgångspunkt för kampanjens innehåll var resultaten från en undersökning om medborgarnas kunskaper och attityder avseende socialvården som Institutet för marknadsundersökningar AB genomfört på Socialstyrelsens uppdrag. [59]

Kampanjmaterial till allmänheten

Ett underlag till kampanjen var också de intervjuer *Marit Paulsen* gjorde med ”vanliga människor” om deras syn på socialvård och socialhjälp på Socialstyrelsens uppdrag. [60] Under en avslutande fråga, ”Hur är det med lättjan?” återger hon bl.a. följande svar: ”Folk blir latare och latare. Fler och fler måste få socialhjälp. ’Restarbetslösheten’ ökar. Och sjukfrånvaron stiger.”, ”Faktum är att fler och fler förtidspensioneras. Och att sjukfrånvaron ökar. Men orsakerna?”, ”De är många och oklara. Bland dem ett ökat tempo i industrin. Och överföring av industriella metoder till andra yrken, som därmed blir tristare. Och kanske mer stressande.”

Målgrupp för kampanjen var en bred allmänhet som dels informerades via annonser i dagspress och viss fack- och folkrörelsepress, dels i en broschyr med titeln ”Ansvar för varandra”. Socialstyrelsen gav också kommunerna underlag och förslag på frågor som kunde vara utgångspunkt för diskussioner inom kommunerna; t.ex. ”Från hjon till jämlike?”, ”Missbruk eller otillräcklig hjälp?” och ”En skam att söka hjälp?”.

Bror Rexed talade gärna om fem centrala utvecklingslinjer i socialvården:

- Vägen från individuella till generella åtgärder.
- Helhetssyn på individ och samhälle.
- Frivillighet.
- Öppenvård och lagarbete.
- Servicelinjen måste fullföljas. [61]

1990 års guldlambda

Socialstyrelsen fick 1990 ta emot en fin utmärkelse, Guldlambdan. Det är RFSL Stockholms hedersutmärkelse som tilldelas en eller flera personer som under det gångna året särskilt utmärkt sig för förtjänstfulla insatser för att förbättra livsvillkoren för homo- och bisexuella kvinnor och män. Utmärkelsen tilldelades för förslaget att ge homosexuella möjlighet till registrerat partnerskap, vilket var ett viktigt steg på vägen mot lika rättigheter för homosexuella. [58]

Samhällsplanering i fokus

Ett ökat engagemang i samhällsplaneringen var en av de frågor Bror Rexed prioriterade, vilket kan illustreras med följande citat från hans inledningstal på en konferens för länsläkare och länshälsokonsulenter i Storlien i april 1970:

”Samhällsplaneringen sköts för närvarande av tekniker och ekonomer som i samarbete med politikerna gör jobbet. Medan de socialt ansvariga – läkare, socialkonsulenter, socialarbetare – har den ihopsopande rollen i dagens samhälle. De tar hand om de medborgare som inte kan eller vill anpassa sig till samhällsplaneringens resultat. – Nu kan vi inte låta det vara så här längre. Vi måste också vara med och ta ansvaret.

Planverket, bostadsstyrelsen, naturvårdsverket, rikspolisen, stadsarkitekter och kommunalpolitiker är medbjudna för att hjälpa socialstyrelsen att formulera var och när den sociala målsättningen och erfarenheten ska in i planeringsprocessen. Att det ska ske på ett tidigare stadium än vad som är fallet i dag sägs alldeles klart från socialstyrelsens sida på konferensen.

Socialstyrelsen har redan gått till kungs med en begäran om försöksverksamhet i Uppsala-Tierp där man i samarbete med Uppsalas socialmedicinska institution tänker följa både den medicinska och sociala effekten av nya vårdformer.” (Dagens Nyheter 28 april 1970)

Socialvården skulle medverka

Den framtida socialvården kommer att vara samhällspåverkande och inte bara inriktad på vissa målgrupper och individer. Det sociala arbetet ska göras tillgängligt för alla människor och symtomomtänkandet ska ersättas med en helhetssyn på människan och problemen. Så skrev *May Halla* och *Willy Karlsson* i en artikel om Socialstyrelsens pågående SOA-utredning (Socialt arbete – Innehåll och form) i Socialstyrelsens tidning Socialnytt. SOA-utredningen skulle förse den nya sociallagstiftningen med ett reellt innehåll. Den nya socialvården skulle medverka direkt i samhällsplaneringen och den mängd kunskap och insikt som socialarbetarna besitter skulle användas i detta planeringsarbete. Men innan dess måste man arbeta fram ett system så att man kan dokumentera all denna information och beskriva de olika problemområdena. Det var en av de viktigaste uppgifterna för SOA-utredningen. (Socialnytt nr 7, 1976 och nr 2, 1977)

Norrbottensprojektet

Hur socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen skulle kunna gestalta sig tog man fasta på i det så kallade Norrbottensprojektet som pågick i fyra år och avslutades hösten 1980. Enligt socialtjänstlagen som skulle träda i kraft den 1 januari 1982 skulle socialarbetarna delta i samhällsplaneringen så att deras kunskaper kan användas till att förebygga problem. I Norrbotten hade man på olika sätt strävat efter att införa det nya sättet att tänka hos planerare och socialfolk ute i kommunerna. Det innebar att människornas egen beskrivning av sin verklighet skulle utgöra grunden för samhällsplaneringen. Idén att starta ett försök med hur man kan föra in socialt tänkande i planeringen väcktes först av landshövdingen i

Socialkonferensen i Storlien inleddes med revolutionsslogan

”Frihet, jämlikhet och broderskap var en slogan som myntades efter franska revolutionen. Utan någon politisk syftning kan man gott göra den nämnda ordsammanställningen till en devis över vår framtida samhällsplanering, sa generaldirektör Bror Rexed, när han på måndagen öppnade socialstyrelsens storkonferens i Storlien. Frihet kan betyda en demokratisk ram kring den kommunala samhällsutvecklingen. Jämlikhet ger ur social synpunkt möjligheter för människor att kunna möta vårt kommande samhälle. Broderskap kan i sammanhanget översättas till förmågan att anpassa sig och få kontakt med andra människor.” (Östersundsposten 28 april 1970)

Norrbotten *Ragnar Lassinantti* och generaldirektör Bror Rexed. (Social utvecklingsplanering i Norrbottens län, Socialnytt nr 7, 1980)

Samverkan mellan myndigheter

I början av 1970-talet inleddes ett antal försöksverksamheter med samarbete mellan socialvård, hälso- och sjukvård och angränsande områden, t.ex. arbetsförmedling, försäkringskassa, fritidsverksamhet och skola för att pröva nya modeller och organisationsformer (SOSAM). Ett av projekten pågick under åren 1972–1976 i tre kommuner med olika struktur – Falun, Linköping och Ljusdal. Erfarenheterna från SOSAM och andra försöksverksamheter pekade ut vissa vitala punkter av betydelse för samverkan. Grundläggande var att finna former för samordning av planeringen hos de olika huvudmännen så att de byggde upp sina resurser med hänsyn till varandra. [62]

Andra exempel på utvecklings- och försöksprojekt med inriktning på planering och samverkan inom socialsektorn under budgetåret 1977/78 är:

- Försöksverksamhet med hälsocentral och områdesverksamhet i Tierps kommun.
- Utvecklingsarbete och försöksverksamhet beträffande socialvård och service m.m. i Vilhelmina kommun.
- Social planering i Norrbotten.
- Socialstyrelsens levnadsnivå- och miljöstudie (SOMI).

Se också samarbetet i SOCSAM s. 98.

Sociala metoder

Flera projekt under 1970- och 80-talen handlade om socialbyråernas arbete och socialarbetarnas arbetsvillkor. Den 1 oktober 1975 startade ett projekt med inriktningen att få fram arbets- och behandlingsmetoder inom den öppna socialvården (SM-projektet). Inom projektet belystes, beskrevs och analyserades i första hand hemma-hos-verksamhet och samhällsarbete. Projektets rapporter publicerades på Liber Förlag i en särskild serie – Sociala Metoder. I anslutning till SM-projektet genomfördes också en studie av fyra avslutade projekt med så kallade samhällsarbeten i Sverige. De fyra projekten hade med stöd av Socialstyrelsen genomförts i Aspudden, Fagersjö, Skärholmen/Vårberg och Östergård. [63]

Inom ramen för det så kallade Socialbyråprojektet som drevs av Socialstyrelsen i samarbete med Socialdepartementet i slutet av 1980-talet gav Socialstyrelsen också ut några böcker kring socialarbetares arbete och situation. På baksidan av boken ”Socialarbetare. En etnologisk analys” av etnologen *Karl-Olov Arnstberg* kan man bland annat läsa följande: ”Socialarbetare är en utsatt yrkesgrupp. De skall tillvarata ’förlorarnas’ och de utsattas intressen i samhället, men de gör det såsom kuggar i den stora samhällsmaskinen. Minst lika ofta som de känner att de verkligen hjälper människor får de bekräftelse på att de fungerar som bevarare av ett orättvist samhällssystem.” [64]

I boken ”Att göra nytta eller vara god?” av psykologen *Håkan Jenner*

Tufft att vara socialarbetare

I skriften ”Ur tystnaden” beskriver Socialstyrelsen socialarbetarnas arbetssituation. Det är tufft att vara socialarbetare, vanligt med psykosociala problem på grund av stress och svåra beslut, vanmakt då förväntningarna inte uppfylls, när idealen inte är möjliga att nå, klienter som kräver sin rätt och har ett faktiskt behov som man inte kan leva upp till. Det leder till misstro om egen och andras förmåga. Tron måste återupprättas, inte minst tron på den egna förmågan. [65]

behandlas hur socialarbetare kan hantera motsättningen mellan nytta och godhet. Ibland tvingas socialarbetaren välja mellan dessa förhållningssätt. [67]

Från socialvård till socialtjänst

Socialstyrelsen får en ny organisation den 1 juli 1981 efter ett omfattande översynsarbete. Se s. 20. Verket ska bland annat förbereda en ny socialtjänstlag som träder i kraft den 1 januari 1982. Socialstyrelsen ska vara statens företrädare inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt medverka till att statens vårdpolitik förverkligas ute i landet.

Den nya socialtjänstlagen (1980:620) innehåller egentligen fyra lagar, nämligen om barnavård, nykterhetsvård, socialhjälp och barnomsorg. Ett begrepp som nu lanserades var att socialtjänsten skulle ”se till människans hela situation”. I lagen finns särskilda avsnitt om Rätten till bistånd, Dokumentation, handläggning och registrering, Familjehem och hem för vård och boende, Vård av missbrukare och Ungdomsvård. Hem för vård eller boende är ett nytt begrepp som omfattar det mesta av den sociala institutionsvården. Boken ”Socialtjänst” innehöll en översikt över socialtjänstreformen och såldes i stora upplagor. [68]

Omfattande information

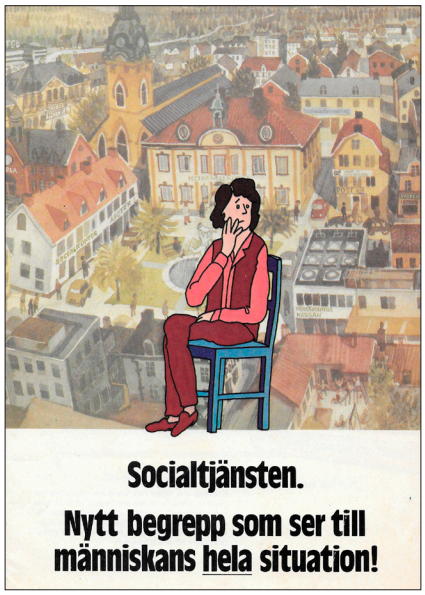
Information om den nya lagen gick ut brett till berörd personal, politiker och andra intresserade samt till allmänheten. På TV kunde allmänheten se tre blänkare i Anslagstavlan; en om portalparagrafen, en om att socialtjänsten är en kommunal uppgift och en tredje om medborgarnas rättigheter och skyldigheter. På alla socialkontor, försäkringskassor och arbetsförmedlingar fanns affischer och en 8-sidig broschyr med titeln ”Socialtjänsten. Nytt begrepp som ser till människans hela situation”. Till 240 000 invandrarhushåll distribuerades ett specialnummer av Invandrartidningen på elva språk plus ”lätt svenska!” med tonvikt på socialtjänsten och invandrarfrågor. [69]

I början av 1982 gav Socialstyrelsen också ut omfattande fördjupningsmaterial om socialtjänsten och de nya lagarna (Socialtjänstlagen – SoL, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga – LVU och lag om vård av missbrukare i vissa fall – LVM). Närmare 280 000 anställda och förtroendevalda inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården berördes av lagändringarna. Fördjupningsmaterial inom åtta olika teman togs fram och presenterades vid regionala konferenser. Fördjupningsmaterialets åtta teman var:

- Barn och separationer
- Socialt behandlingsarbete
- Dolt missbruk
- Invandrare och minoriteter
- Åldrande och äldreomsorg
- Omsorger om handikappade
- Samhällsarbete
- Samhällsplanering.

Bok om grundläggande värderingar

Boken ”Socialtjänstlagarna” är en senare utgiven ”klassiker” som redogör för grundläggande värderingar och begrepp som socialtjänstlagstiftningen vilar på. Den är bl.a. skriven av två tidigare medarbetare på Socialstyrelsen, *Gunnar Fahlberg* och Nils Magnusson. [66]



Hur blev det? Hur blir det?

Under hösten 1985 och under 1986 genomförde Föreningen Sveriges socialchefer, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet och Sveriges Socialförbund fem konferenser kring aktuella frågor inom socialtjänsten på temat Hur blev det? Hur blir det? Det var en form av uppföljning av den nya lagstiftningen samtidigt som man ville diskutera erfarenheter och få en bild av den aktuella utvecklingen. Konferensserien avslutades med den första Socialtjänststämman i november 1986. Se s. 190.[70]

Synen på socialbidrag

”Socialbidraget har aldrig lyckats bli kvitt stämpeln av kränkande allmosa. Allmänheten är starkt kritisk till den individuella behovsprövningen. Förenkla hanteringen.” Så skriver Socialstyrelsen 1984. [71]

”Vad tycker klienterna?” är en rapport om socialtjänsten som kom 1987. Skamkänslan är gemensam för alla kategorier som söker ekonomisk hjälp. Man känner sig misslyckad och usel. Det är brist på insyn hur det egna ärendet handläggs. Man vet inte hur man överklagar beslut. Socialtjänsten är otillgänglig. Telefontiderna är korta och det är långa väntetider i väntrum. MEN, nästan alla tycker att socialarbetarna är hyggliga människor, ursäktar dem och lägger sällan skulden för ”strul” på dem. [72]

Barn- och ungdomsfrågor

Barn och ungdom och deras vårdnadshavare har ända sedan sammanslagningen av Socialstyrelsen och Medicinalstyrelsen varit prioriterade målgrupper. Både när det gäller barn och ungdom som vistades på barnhem, ungdomsvårdsskolor, familjehem och förstås i olika former av barnomsorg.

Barnhemmen började byggas upp under 1900-talets två första decennier. Före och efter sammanslagningen inspekterade avdelningschefen *Göta Rosén* barnhemmen, ofta tillsammans med byråchefen Brita Hasselrot. Göta Rosén kunde under inspektionerna vara mycket sträng, när det så var påkallat. Många föreståndare såg med fasa fram emot hennes besök. Men det fanns också barnhemsföreståndare, egentligen föreståndarinnor, för det fanns nog inte en enda man i den positionen på den tiden, som blev hennes personliga vänner.

Familjehem blev 1982 den nya officiella termen, som av olika skäl ”sjösätts” samma år som den nya socialtjänstlagen. Vård av barn och ungdomar på institutioner minskade. På ungdomsvårdsskolorna sjönk antalet nyintagna per år från 674 år 1970 till 318 år 1975.

1971 fick Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med andra myndigheter och organisationer ge förslag på bidrag till kommuner och ungdomsorganisationer för fritidsaktiviteter för 7–12-åringar under skolterminer och sommarlov samt till utveckling av innehållet i verksamheten.

En lång rad statliga utredningar under slutet av 1960-talet och början av 1970-talet ägnades åt familjefrågor. En av de viktigaste utredningarna var Barnstugeutredningen, som arbetade mellan 1968 och 1975 och gav ut fem SOU-rapporter.

Claes Sundelin:

Uppföljningar och allmänna råd om hälsokontroll av barn

Mina uppdrag för Socialstyrelsen har bestått av utredningar av det förebyggande arbetet med barn, i första hand de program som erbjuds alla svenska barn vid barnavårdscentraler.

Mitt första uppdrag var att som expert delta i en omfattande utredning av mödra- och barnhälsovården i Sverige. Ett principprogram publicerades 1979. I utredningen deltog också medicinalrådet *Tage Möller* som var föredragande i barnmedicin vid myndigheten. Principprogrammet låg till grund för Allmänna råd för hälsovården av mödrar och barn inom primärvården.

I början på 80-talet utvärderade jag tillsammans med två kollegor effekterna av den allmänna hälsokontrollen av 4-åringar. En jämförelse av hälsoläget hos 10-åringar som kontrollerats vid 4 år och 10-åringar som inte erbjudits och genomgått kontrollen visade i stort sett inga skillnader i hälsa vid 10 år. Utvärderingen motsade dock inte att föräldrar och barn kunnat få hjälp med enklare hälsoproblem som bekymrat dem. Undersökningen kan också ha varit trygghetsskapande, men generellt var slutsatsen att med de använda metoderna gick det inte att upptäcka några gynnsamma effekter av hälsokontrollen vid 4 år när barnen var 10 år. Resultaten publicerades i serien Socialstyrelsen redovisar.

I slutet av 80-talet hade kunskapsläget förändrats ifråga om hälsokontroller. Jag fick till uppgift att vara huvudansvarig för nya allmänna råd om arbetet på BVC. De allmänna råden kompletterades med en särskild skrift med tonvikt på betydelsen av psykosocialt arbete. I arbetet bakom skriften medverkade också *Bengt Erik Ginsburg*, föredragande i barnmedicin.

Informationen om förskolan hade en topp under hösten 1974 och våren 1975 med bland annat följande aktiviteter:

- 44 länskonferenser i samarbete med Svenska Kommunförbundet. Konferenserna riktade sig främst till politiker och förvaltningspersonal i kommunerna.
- En informationskampanj riktad till alla 5- och 6-åringars föräldrar, till intresseorganisationer och press.
- Konferenser om förskolans lokaler och utemiljö för arkitekter och andra som fick ansvar för den kommunala plangranskningen.

Hälsokontroll av 4-åringar

Ett uppdrag som inletts av Medicinalstyrelsen redan 1967 på uppdrag av regeringen, eller Kungl. Maj:t som det hette då, var att ta fram förslag till en allmän hälsokontroll av 4-åringar. En samordningsgrupp och nio arbetsgrupper bildades och den 25 april 1968 kunde ett gemensamt förslag presenteras. Förslaget publicerades i serien Socialstyrelsen redovisar med titeln ”Ett förslag till allmän hälsokontroll av 4-åringar” [73]). Målet med kontrollerna var då och är ännu idag bland annat att tidigt upptäcka avvikelser och sätta in stöd och behandling. De följande åren informerade Socialstyrelsen på olika sätt dels direkt till föräldrar, dels via bl.a. barnavårdscentraler om 4-årskontrollen. ”Nu har ni känt varandra i 4 år. Du och ditt barn” var titeln på en av broschyrerna.

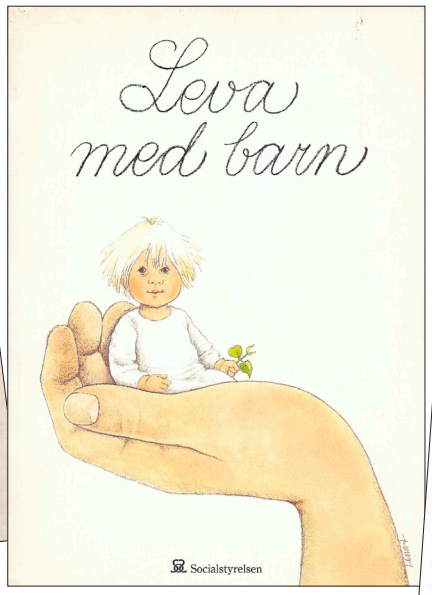
Leva med barn

En annan lyckad insats var Socialstyrelsens initiativ att uppdra åt barnläkaren *Lars H Gustafsson* att skriva en föräldrabok om små barns hälsa och utveckling. Den första upplagan kom i januari 1983 och såldes i 136 000 exemplar på ett år. Författaren belönades med Gunnar Rosells journalistpris. En enkätundersökning bland läkare och sjuksköterskor inom barnhälsovården och föräldrar våren 1987 visade att boken var mycket uppskattad. En tredje uppdaterad upplaga gavs ut 1989. Tidigare upplagor hade då utkommit med 600 000 exemplar. Utgivningen togs senare över av Folkhälsoinstitutet och har nu gått över till ett förlag. [74]

På www.larshgustafsson.se kan man idag läsa följande: ”Jag fick förtroendet att skriva boken för BVC, *Leva med barn*. Man ville ha en personlig ton i boken – det var känsligt om en statlig myndighet skulle undervisa föräldrar om hur de skulle göra! När mitt första manus till boken var klart fick dock flera inom Socialstyrelsen kalla fötter – *så* personligt fick man väl ändå inte skriva! Men genom ett kraftfullt ingripande

Tacksam mamma

Den 3 april 2012 skrev en mamma till Lars H Gustafsson följande tack:
”Som 23-årig nybliven mamma (1989) fick jag denna bok i handen av en BVC-sköterska i Södertälje. Jag var ung men lycklig över det barn jag fått, och boken kom att betyda mycket för mig som nybliven förälder. Jag minns att jag med jämna mellanrum gick tillbaka och läste de lugnande orden. Kanske var det den personliga grundtonen i boken, men för mig kändes det som om någon höll mig/oss i handen när oron kom över sjukdom, över maten, över trotsen…!” [75]



från Barbro Westerholm, som då var generaldirektör, kom boken ändå att ges ut. Omslaget utformades av Lena Andersson, och bilden med barnet i handen blev smått klassisk.”

Barnomsorgen expanderar

Volymmässigt ökade antalet platser i daghem och fritidshem kraftigt från slutet av 1960- till mitten av 1970-talet. Från 14 900 platser 1965 till 143 000 platser 1977. På regeringens uppdrag följde Socialstyrelsen förskolans utbyggnad från 1980 och framåt. Årsskiftet 1980/81var antalet barn i förskola 134 000 och 1995 hade antalet ökat till 493 000. Om barnomsorgen inte ökar uppkommer ett betydande överskott på förskollärare och barnskötare, skriver Socialstyrelsen i ett pressmeddelande som kommentar till siffrorna.

Siffrorna för 1984 visar att tempot sjunker i utbyggnaden av barnomsorgen: 23 procent av förskolebarnen har en plats. En del kommuner har ingen plan för utbyggnad. Socialstyrelsen, som har regeringens uppdrag att följa utvecklingen, riktar kritik. 1988 fanns 210 100 platser på daghem (31 procent av alla förskolebarn har plats) och för förskolebarn fanns 120 900 platser i familjedaghem. En målsättning var att kommunerna 1991 skulle kunna erbjuda alla barn från fyra års ålder plats i förskola. Se vidare s. 78.

Pysslingen AB var det företag som 1983 kom att bli det första i Sverige som bedrev privat barnomsorg. Det blev ett första steg som öppnade dörren för privatisering. En lag hade antagits av riksdagen 1984 som förbjöd offentlig finansiering av daghem som drevs i bolagsform med vinstsyfte. Lagen avskaffades av regeringen Bildt 1992. Socialstyrelsen bidrog också med information i en skrift om att starta enskilda förskolor och fritidshem. Målgrupper var föräldrar, personal och organisationer samt politiker. [76] 1994 fanns vart tionde daghemsbarn (cirka 35 000 barn) på fristående förskolor.

Broschyrnytt Barnstugan

Barnavårdsbyrån sände under december 1968 ut sin broschyr om ”Barnstugornas verksamhet” till alla familjer med barn under 10 år. Det är en lätthanterlig och rikt illustrerad publikation som utarbetats av Socialstyrelsen i samråd med Centrala samarbetsgruppen för planering och utbyggnad av dag- och familjehem. Den innehåller en kortfattad presentation av daghem, fritidshem och lekskola.
(Socialstyrelsens personaltidning nr 1–2, 1969)

”Barnomsorgen ska vara ett prioriterat område i dagens kärva ekonomiska läge. En kraftig satsning på förskolans pedagogik bör ske”, säger Barbro Westerholm med adress till landets kommunala ledningar 1981. Att Socialstyrelsen var mycket aktiv framgår också av följande exempel från 1981:

- En bokserie om föräldrautbildning ges ut 1981 med titeln ”Föräldrar och barn”.
- En omfattande trafikundervisning bland barn i förskolan ges i hela landet i samarbete mellan föräldrar och polis.
- Mjölk på daghemmen och i skolan är viktig näring för barn och ungdomar, skriver Socialstyrelsen och Livsmedelsverket gemensamt.

I ett föräldraprojekt i Handen utanför Stockholm vederläggs och sammanfattas en del myter i en bok. Det är fel att:

- pappor aldrig kommer till BVC,
- invandrare stängs ute från föräldraförsäkringen,
- man aldrig når dem som bäst behöver kontakt,
- man måste ha certifikat för att bli förälder. [77]

Barnets rättsliga ställning stärktes i föräldrabalken (1949:391) från den 1 juli 1983. Barnet som självständig individ betonas. Med hänvisning till denna ger Socialstyrelsen ut ett allmänt råd 1985 där samarbetssamtal i stället för vårdnadsutredning rekommenderas vid vårdnadstvist. [78]

Pedagogik och miljö i förskolan

Socialstyrelsen kom att spela en avgörande roll vid förverkligandet av det program för förskolans pedagogik som 1968 års barnstugeutredning formulerat [79]. Förslagen om lokalernas utformning, personalens vidareutbildning samt föräldrarnas medverkan och utbildning ställde stora krav på insatser från myndighetens sida. Bland aktiviteter dessa år märks bland annat:

- Arbetsplan för förskolan.
- Barnomsorgsplanerna.
- FoU-verksamheten med bland annat projekten Barn på sjukhus och MAFF – Mångsidigt användbara förskolor och fritidshem.

Lekmiljörådet, som startade 1973 och sorterade under Socialstyrelsen, bidrog mycket aktivt till att förbättra barns lekmiljö och lekmaterial i förskolor och fritidshem. Lekmiljörådet bytte senare namn till Barnmiljörådet och blev en egen myndighet den 1 juli 1980. Bland annat gav Socialstyrelsen och Lekmiljörådet ut boken ”Miljö och material i förskolan” 1974 med mängder av rekommendationer och förslag till bland annat inredning, lekmaterial och aktiviteter. [80] I serien Allmänna råd gav Socialstyrelsen också ut ”Lokaler & Miljö i förskola och fritidshem” 1989. Med utgångspunkt från de pedagogiska programmen gavs tips och vägledning för utformningen av lokaler vid ny-, om- och tillbyggnad. [81]

Även öppen förskola uppmärksammades i en skrift från 1981, ”Öppen förskola – träffpunkt även i glesbygd”. Syftet var att med exempel och erfarenheter från Gällivare kommun stimulera andra kommuner att starta öppna förskolor. Gällivare-projektet bedrevs i samarbete med Socialstyrelsen. [82]

Monica Norrman:
Framsynt strategi utifrån barns behov och utveckling

Jag jobbade med alla delar av socialtjänsten men var främst inriktad på utvecklingen inom barnomsorg, barn- och unga i gränslandet mellan socialtjänst och pedagogik samt socialtjänstens professionalisering.

Utveckling och utbyggnad av barnomsorgen är den insats som jag menar har haft och fortfarande har störst påverkan för flest personer. Socialstyrelsens framsynta strategi var att utgå från barns behov och barns utveckling. Med Pedagogiskt program för förskolan och Pedagogiskt program för fritidshem under 1980-talet lades grunden till en inkluderande, barnanpassad verksamhet genom att förena lek och lärande. Utmärkande för den svenska barnomsorgen var en förskola och fritidshem för alla barn; även barn i behov av stöd. I utvecklingsstrategin ingick förutom kunskapsdokument och riktlinjer också att stödja en professionalisering av utbildningen för förskollärare, fritidspedagoger och barnskötare samt att initiera och stödja forskning, utveckling och fortbildning inom området. Synen på barns behov i centrum och barnanpassad verksamhet återfinns numera i Skolverkets dokument. Inte bara för förskolebarn utan även för grundskolan.

Ny utbildning för föräldrar

I Socialnytts petitanummer inför budgetåret 1981/82 får man bland annat veta att den nya föräldrautbildningen kommer att vara genomförd över hela landet 1985. Alla föräldrar som vill ska kunna delta i utbildningen under graviditeten och året efter barnets födelse. Socialstyrelsen håller som bäst på med fortbildningen av den personal som arbetar inom mödra- och barnhälsovården; bl.a. distriktssköterskor, barnmorskor och psykologer.

Göran Johansson: **Förskolans pedagogiska program**

Under 1980-talet skedde ett omfattande pedagogiskt utvecklingsarbete inom den svenska förskolan. Riksdagen beslutade 1985 att en förskola för alla barn skulle vara fullt utbyggd 1991 och ett pedagogiskt program skulle bilda ramen för förskolans pedagogiska verksamhet. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att utveckla ett sådant. Redan 1983 hade Socialstyrelsen dock publicerat ett förslag till pedagogiskt program som blev föremål för en bred remissbehandling. Ett slutligt pedagogiskt program blev klart 1987.

Socialstyrelsens utvecklingsarbete kopplat till det pedagogiska programmet kom att påverka den svenska förskolans utveckling under 1980- och 1990-talen. När sedan Skolverket övertog det statliga ansvaret för förskolan inarbetades delar av det pedagogiska programmet i förskolans första läroplan som publicerades 1998.

Det pedagogiska programmet från 1987 tog sikte på styrning och ledning av förskolan och framstår även i dagens ljus som förhållandevis modernt:

”Syftet med ett gemensamt program för landets alla förskolor är att åstadkomma en verksamhet av jämn och god kvalitet och att ange inriktningen av det stöd som behövs för att vidareutveckla förskolans verksamhet. Programmet är utformat så att det ska kunna underlätta planering, ledning, utvärdering och utveckling av förskolans verksamhet både på kommunal ledningsnivå och inom förskolorna.”

1985 publicerade Socialstyrelsen ett förslag till Pedagogiskt program för fritidshem. Samma år inleddes arbetet med Pedagogiskt program för förskolan och 1987 publiceras det som ett Allmänt råd från Socialstyrelsen (1987:3). Programmet byggde bland annat på en sammanställning av de 130 remissvar som lämnats på det förslag Socialstyrelsen skickat ut redan 1983. Det slutgiltiga pedagogiska programmet presenterades bland annat på fem informationskonferenser runt om i landet. Pedagogiskt program för fritidshem publicerades som Allmänt råd 1988 (1988:7). Målet var att alla barn över ett och ett halvt år skulle få tillgång till pedagogisk verksamhet i förskola, daghem och deltidsgrupp eller öppen förskola senast år 1991. [83, 84]

Under 1986 publiceras böckerna ”Hörselskadade och döva barn”, ”Hemspråksstöd för invandrarbarn” och ”Yrkesrollen i barnomsorgen”. Alla blir liksom många andra publikationer om förskoleverksamhet bestsellers eller ”kioskvältare” som en av verkets chefer brukade säga.

Generaldirektör *Maj-Britt Sandlund* talar på Sveriges första Socialtjänststämma 1986. Hon efterlyser bland annat mer forskning om svensk förskole- och fritidshemspedagogik. Se s. 190.

Ny läroplan för förskolan

Krav på pedagogiskt inslag i daghemsverksamheten blev allt tydligare på 2000-talet. Daghem blev förskola. Regeringen gav i april 2017 Skolverket i uppdrag att förutsättningslöst se över förskolans läroplan. I det förslag som Skolverket lämnat till regeringen förtydligas bland annat begreppet undervisning och förskollärarens ansvar. [85]

Ungdomsfrågor

Som del i projektet ”Barn i kris” ger Socialstyrelsen ut boken ”Barn och ungdomar i familjehem” och håller seminarier. Bland annat rapporteras att missbruk och kriminalitet är dubbelt så vanligt bland före detta fosterhemspojkar som jämnåriga uppväxta i föräldrahem.

”Sen kommer en annan tid” är en antologi om barns och ungdomars livsformer med 15 författare.

Under 1980-talet tog Socialstyrelsen också fram kunskaps- och planeringsunderlag för att underlätta kommunernas arbete med frågor kring ungdomar och deras utveckling och problem. På temat ”Ungdom i riskzon” engagerades forskare och andra externa författare för att skriva böcker kring aktuella ungdomsfrågor. Några exempel:

- Identitetsutveckling av Inga Sylvander,1982.
- Ungdomsarbetslöshet av Jan Carle och Carsten Schale, 1982.
- Av drömmar väver man… Ungdomskultur, socialisation, ungdomsarbete av Ove Sernhede, 1984.
- En säker väg. Studie av projekt för arbetslösa ungdomar av Ronny Svensson och Adéle Södrin, 1985.
- Va´ säjer dom? – ungdomsforskarna en antologi med bidrag av tolv forskare, 1987.

Den sistnämnda antologin var en fristående bilaga till den rapport Socialstyrelsen utarbetade på uppdrag av regeringen om sociala problem, ordningsproblem och brottslighet i samband med större helger och allmänna festdagar.

Institutionsvård behövs men ingen vill betala

I en artikel i Socialstyrelsens tidning Socialnytt får vi bland annat veta: ”att institutionsvården för barn och ungdom ansågs som något ’nödvändigt ont’ under så gott som hela 1960-talet. I stället gjordes de stora satsningarna på öppenvården. Idag har pendeln svängt. Allt fler inser att institutionsvård behövs för att klara svåra ungdomsproblem. Men resurserna släpar efter. Förhandlingar om ett ändrat huvudmannaskap för statens 18 ungdomsvårdsskolor tas på nytt upp i höst. Går förhandlingarna i lås kommer skolorna att få landstinget som huvudman. Tanken bakom ändringen är att det ska bli en ’total vårdkedja’. Skolorna skulle exempelvis få tillgång till landstingets psykiatriska vård. Kommunernas öppna vård skulle också komma närmare.” [86]

Utifrån temat för Världsungdomsåret ”Den oglamorösa vardagen” ägnade Socialnytt ett antal artiklar åt ungdomskulturen och kommersialismen, bland annat:

- Kommersialism och normlöshet – onda ting eller…? Av Johan Fornäs, Ulf Lindberg och Ove Sernhede.
- Rockmusik och videovåld protest mot skolan av Keith Roe.
- Ungdomskulturen – varuhus eller drivhus? Av Ivar Fronäs och Ola Stafseng.
- Varför flickor är så snälla och tysta av Harriet Bjerrum Nielsen. (Socialnytt nr 5, 1985)

Under 1985 ger Socialstyrelsen också ut ”Bara för killar” som är en tidning om kärlek, sex, längtan, osäkerhet, ensamhet. I intervjuer med 21 killar framgår att de flesta vill umgås med killar och vill vänta med sex. ”Ung NU” är en annan tidning, som kommer detta år. Den riktar sig till ungdomar och tar upp teman som gemenskap, relationer, droger, våld, fritidsaktiviteter och mobbing.

Från isolering till integrering

Att ta del av hur barn och vuxna med fysiska och psykiska handikapp behandlats, innan dagens skyddsnät kom på plats, är en skakande skildring som berör och upprör.

En skamfläck i svensk medicinhistoria är sterilisering. Lag om detta kom 1935, skärptes 1941 och upphävdes inte förrän 1976. Flertalet av de 63 000 svenskar som steriliserades var så kallade ”förståndshandikappade”. Så många som 95 procent var kvinnor.

Handikapporganisationer, politiker men inte minst Socialstyrelsen har varit pådrivande för att förändra synen på och behandling av personer med funktionsnedsättning, framför allt från 1960-talet och framåt. De skulle inte längre gömmas undan. Målet var att de så långt möjligt skulle integreras i samhället. Den som på Socialstyrelsen med kraft och beslutsamhet drev på för att förbättra situationen för personer med såväl fysiska som psykiska funktionsnedsättningar var *Karl Grunewald*. Han var läkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri; kom till Socialstyrelsen 1961 och stannade kvar där i 25 år. ”Från idiot till medborgare” är titeln på en av Grunewalds böcker. Den kan ses som en devis på hur han ville förbättra situationen för de utsatta han kämpade för. Boken ”Psykisk utvecklingsstörning” med ett 40-tal författare, som Grunewald var redaktör för, belyste denna grupps situation på ett uttömmande sätt. Bilder och siffror ger i blixtbelysning en delvis skrämmande bild av hur denna grupp hade det i välfärdslandet Sverige.

Många med ytterligare handikapp

I början av 1970-talet gjorde Socialstyrelsen en inventering av utvecklingsstörda med ytterligare handikapp. Den visade att 4 400 (12,5 procent) av samtliga 35 000 utvecklingsstörda som var kända av omsorgsstyrelserna hade så svåra syn- och/eller hörselskador eller rörelsehinder att enbart dessa skulle räcka för att beteckna dem som svårt handikappade. De var i praktiken blinda, döva eller rullstolsbundna. Män dominerade till antalet i samtliga kategorier, men kvinnorna uppgavs drabbas relativt hårdare än männen. 2/3 av de flerhandikappade bodde på inrättningar för utvecklingsstörda, medan 1/3 bodde hemma.

Inspektioner gav resultat

Grunewald lade press på landstingen för att de skulle leva upp till sitt ansvar att se till att även de med funktionsnedsättningar fick den hälso- och sjukvård de var i behov av. Kommunerna skulle ta sitt ansvar för att det fanns en omsorg värd namnet och ett mänskligt boende för dem. Vid inspektioner fann exempelvis tjänstemän på Socialstyrelsen så sent som

Utvecklingsstörda kan bli bra föräldrar

”Under 1940- och 1950-talen tvångssteriliserades många personer med utvecklingsstörning, inte bara därför att man ansåg dem olämpliga som föräldrar utan också av genetiska skäl. Under de senaste tio åren har inställningen svängt. Nu uppmuntras utvecklingsstörda att flytta in i egna bostäder och leva i parförhållanden. 1976 kom en ny steriliseringslag som innebär att de som inte förstår vad ingreppet betyder inte kan opereras.

Socialstyrelsen går i dagarna ut med en skrift ”Utvecklingsstörda som föräldrar”, där man tar upp de lätt utvecklingsstördas möjligheter att ta hand om barn. Det beror på att det råder en samstämmig uppfattning att de andra grupperna, dvs. de måttligt, de svårt och de djupt utvecklingsstörda inte klarar av att vara föräldrar.

För att hjälpa de lätt utvecklingsstörda att fatta beslut om de ska skaffa barn eller inte bör de få möjligheter till genetisk rådgivning. De behöver prata med någon om sin oro och sin rädsla, menar Socialstyrelsen i sin skrift.” [87]

Begreppen ändras

I takt med förändringar i samhällets syn på olika grupper av människor har begreppen ändrats. Enligt Socialstyrelsens termbank rekommenderas numera begreppen:

Funktionsnedsättning = nedsättning av fysisk, psykiskt eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionshinder = begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.

I citerade texter använder vi de ursprungliga begreppen.

”

Inger Andermyr:
En händelserik tid

Det var en händelserik tid för alla oss som arbetade tillsammans med Karl Grunewald. Även vi som arbetade med administration fick följa med på inspektionerna.

Nästan Nobelpristagare

Med motiveringen ”He has succeeded in making a whole society accept the mentally handicapped” tilldelades Karl Grunewald the Kennedy Prize 1986. Priset delas ut till personer som arbetar med psykiskt funktionshindrade och ansågs ha samma status som Nobelpriset.
(Engelsk utgåva av Socialnytt 1987)

Monica Norrman:
Från objekt till aktiva individer

Synen på och utvecklingen av verksamheter och insatser för personer med funktionsnedsättning är ett viktigt område jag vill lyfta fram. Socialstyrelsens arbete har bidragit till att förändra synen på personer med olika typer av funktionsnedsättning. Från objekt som skulle gömmas undan i institutioner till aktiva individer med en självklar plats i samhället. Genom att initiera förändrad lagstiftning och utveckla insatser har det bidragit till ett erkännande av alla människors lika värde och rätt till ett bra liv.

Jag vill ha arbete – inte pension

Det handlar om Kent, 22 år, rullstolsbunden och förtidspensionerad. Han fick i skolan utbildning som finmekaniker men lärde sig aldrig det jobbet – att sitta med näsan över en svarv kan för övrigt vara farligt när man är rullstolsbunden. Kent skulle vilja ha ett annat arbete – helst i fotolaboratorium eller som tolk. Men länsarbetsnämnden säger: Finmekaniker eller förtidspension! Kent har nu väntat två år på att de ska ändra sig. Ska vi acceptera en arbetsmarknad, som bara har utrymme för starka och friska människor? [90]

på 1970-talet barn under sju års ålder med hjärnskador på vårdhem, där möjligheten att utvecklas var mycket små.

Konfrontationen mellan landstingens och kommunernas politiker och tjänstemän å ena sidan och Grunewald med medarbetares å den andra var stundom tuff, framför allt under 1960-talet. Det var naturligtvis inte Grunewald ensam som åstadkom de stora förändringarna till det bättre på detta område. Kunniga och engagerade medarbetare var en förutsättning för att hans intentioner skulle förverkligas.

De ålderdomliga institutionerna lades successivt ned och gruppboenden med ett humanitärt förhållningssätt till de boende kom att genomsyra verksamheten.

Under 1981/82 gjorde Socialstyrelsen en inventering av boendestandarden på inrättningar för psykiskt utvecklingsstörda. Den visade att standarden i boendet ökat under de senaste tre åren. Mer än 70 procent av de utvecklingsstörda bodde nu i eget rum; det är en ökning med nära 20 procent jämfört med 1978. [88]

När Karl Grunewald gick i pension från Socialstyrelsen 1986 skickade han ett brev till omsorgsnämnderna, dess förtroendemän, chefstjänstemän och föreståndare med en tillbakablick på det som hänt under hans 25 år som ansvarig för statens tillsyn över och rådgivning om omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda. Brevet avslutades på följande sätt:

”Jag vill slutligen tacka omsorgsnämnderna, deras chefstjänstemän, föreståndare och specialister liksom ägarna av riksanstalterna för ett i många fall mycket nära och förtroligt samarbete. Tillsammans med många av er som varit med länge, har jag fått uppleva en utveckling som ingen av oss kunde drömma om. En del kallar det för en revolution. Vi ligger nu – i varje fall när det gäller ambition och självkänsla – långt före jämförbara områden. Våra skilda roller, arbetsuppgifter och tidsuppfattningar har ibland ansträngt våra relationer, men omsorgernas mål har vi haft gemensamt: ’som andra och i gemenskap med andra’.” [89]

Tio miljoner till arbete och sysselsättning

1988 fick Socialstyrelsen tio miljoner kr ur Allmänna arvsfonden för att under en tvåårsperiod bedriva försöksverksamhet med inriktning på arbete och sysselsättning för personer med funktionshinder. Avsikten var bland annat att utveckla nya metoder och arbetssätt för att förbättra möjligheterna till sysselsättning för personer med funktionshinder. Medel kunde sökas av primärkommuner och centrala handikapporganisationer.

En bild av den dynamiska utvecklingen på handikappområdet under 1970- och 80-talen ger broschyren ”Socialstyrelsen om handikapp” som kom ut i juni 1985. I beskrivningen av arbetsuppgifterna för byrån för handikappfrågor sägs bland annat ”Eftersom ett handikapp kan leda till att en person blir eftersatt i samhället är det en huvuduppgift för byrån att se till att individens rättssäkerhet inte äventyras och att samhällets stödinsatser får en relativt jämn och rationell utbyggnad i hela landet.” Genom bland annat allmänna råd, utredningsrapporter, meddelandeblad m.m. gav Socialstyrelsen stöd och kunskap till beslutsfattare och personal inom vård och omsorg. Här några exempel:

- Att arbeta på vårdhem för vuxna utvecklingsstörda. Även studiehandledning.
- Behandling av barn med Downs syndrom.
- Integritet – om respekten för vuxna utvecklingsstörda.
- Ett gott liv – en rättighet för svårt handikappade barn.
- Från dagcenter till arbete.
- Vad ska vi göra med de stora institutionerna?
- Utvecklingsstördas fri- och rättigheter.
- Samverkan mellan socialtjänst och omsorgsstyrelser när utvecklingsstörda får barn.
- Barnet ni fått… Läkarens stöd till föräldrar med utvecklingsstörda barn.

Äldreomsorgen

Socialstyrelsens insatser inom äldreomsorgen från slutet av 1960-talet kännetecknas en hel del av hur boende och vård skulle organiseras och lösas för en växande andel vård- och omsorgsbehövande äldre. Såväl Bror Rexed som representanter från verkets ansvariga för äldreomsorg och långvård gjorde en hel del besök på enheter ute i landet och diskuterade dessa frågor. I lokalpressen kunde man bland annat läsa följande i ett av många pressklipp från Socialstyrelsens besök:

- ”I går kom dom. ”Di ifrå Stockholm…” Dom som ordnar, styr och ställer om hur de sista åren härnere ska bli. Socialstyrelsens delegation på Färjestadshemmet i Karlstad: Ingen frågade hur man mådde. Dom hade ju så bråttt… Det skulle kunna vara bilden av Vårdsverige i dag. Den enskilde vårdtagaren. Ensam i ett hörn. Och så ”dom andra”. Klyftan dom emellan… men det är kanske en bild med överdrifter. Under hela onsdagen var den vid det här laget kända socialstyrelsedelegationen med avdelningschef *Henry Sälde* i spetsen i intensiva överläggningar med representanter för de olika huvudmännen m.m.” (Värmlands Folkblad 27 mars 1969)
- ”Långvårdens problem i länet fanns i fokus när Socialstyrelsen höll genomgång med landstinget i Sollidens samlingssal på torsdagen. Vad den centrala myndighetens folk sett under sin tredje landstingsresa i landet – Kopparberg och Värmland har besökts tidigare – var mycket gott. Men framtiden… Landstingsgubbar kippade bildlikt efter andan när vissa planscher med diagram och prognoser plockades fram. Här i länet kommer invånare på 70 år och däröver att öka med hundra procent till 1980 – mot 30 procent för riket som helhet. Nästa år kommer Jämtlands län statistiskt att ligga sämst till i landet i fråga om långtidsvård.” (Länstidningen 12 september 1969)

Äldreomsorgsprogrammet

Under åren 1979–1984 pågick Socialstyrelsens äldreomsorgsprogram, som resulterade i ett stort antal kunskapsöversikter och beskrivningar av kommunalt utvecklingsarbete inom äldreomsorgen. Ett av syftena med programmet var att öka Socialstyrelsens kompetens inom området, men

Dagcentrum i stället för långtidsvård

I Socialnytt nr 9, 1977 får man veta att Klinik 6 på Långbro sjukhus i Stockholm gjorts om till Dagcentrum för pensionärer med psykiska problem – det enda i sitt slag i Sverige. Gästerna där skulle annars vara omhändertagna i långtidsvården. Nu sover man hemma och åker till Dagcentrum en till fem dagar i veckan för att äta, umgås, spela bingo och väva mattor. Idén till en öppen dagvård för psykogeriatriska patienter kom från överläkare Margit Krantz 1971, Den har bland annat inneburit att köerna till heldygnsvården kunde skäras ner drastiskt, att de gamla får möjlighet att bo kvar i sina hem betydligt längre än förr och att utskrivna patienter får kontinuerlig vård.

Tillbakablick på prioriteringar

I Policydokumentet för Socialstyrelsens verksamhetsplanering 1979/80 kan man läsa att de högst prioriterade områdena är omsorger om äldre, långtidssjukvård och handikappvård; sociala insatser för barn och ungdom; psykiatrin; frågor rörande beroendeframkallande medel och missbruk; förberedelse för den nya socialtjänsten; HS 90; primärvården samt miljömedicin och hälsovård (inklusive cancerregistret).

Inom ramen för försvarsplaneringen är även beredskapsplaneringen för hälso- och sjukvården ett prioriterat område. Utredningen om hälso- och sjukvården i krig (USIK) förväntas ytterligare markera beredskapsplaneringens betydelse.

också att stärka verkets roll som förmedlare av forskningsresultat och utvecklingsarbete samt att ta fram underlag för Socialstyrelsens policy i äldreomsorgsfrågor.

Inom ramen för Socialstyrelsens äldreomsorgsprogram publiceras till exempel boken ”Gammal eller ung på äldre dar?” av *Margareta William Olsson* och *Alvar Svanborg* 1983. Ett omfattande forskningsprojekt i Göteborg av 70-åringar som undersökts med fem års intervall hade pågått sedan 1970-talet. Resultaten visade att äldre blivit vitalare. Rökning och alkohol påskyndar dock åldrandet. Nyblivna änklingar har en överdödlighet på 50 procent. [91]

Andra exempel från äldreomsorgsprogrammet är:

- ”Social service genom lantbrevbärare” som Socialstyrelsen redovisade 1981. I 86 kommuner fanns 1029 lantbrevbärarlinjer. Detta var en service som inte minst var viktig för de äldre. Lantbrevbäraren tog på sig även andra uppgifter än att dela ut försändelser. Det berättas att en brevbärare till exempel köpte hatten åt den sörjande änkan till hennes mans begravning.
- Nu måste sjukvården ta fram det friska hos långvårdspatienterna, lyft fram arbetsterapeuterna och låt dem få en större roll. Så skrev Socialstyrelsen i en rapport 1982 och höll seminarier i ämnet i samma veva. [92]
- I ”Det handlar om människosyn” beskrivs ett projekt i Hudiksvall utförligt. [93] Projektet visade att 90 procent av långvårdspatienterna skulle kunna återvända hem med hemhjälp och sjukvård i hemmet. Vårdplatser står tomma. De äldre blir friskare. För att detta skulle vara möjligt byggdes ett skyddsnät upp kring gamla och handikappade. Protesterna lät dock inte vänta på sig. Intensiv debatt pågick i medierna.

Nya vård- och boendeformer

I ny socialtjänstlag som började gälla den 1 januari 1982 beslöts att ålderdomshem skulle bli servicehus. Kommunerna skulle nu se till att de äldre fick ett mer humant boende som också bättre tillfredsställde deras behov.

Tillsammans med kommuner och landsting genomförde Socialstyrelsen 1984–1985 försöksverksamhet på fem orter med utveckling av nya vårdformer för personer med demens. Vidare rapporterade Socialstyrelsen om fördjupningsstudier som gjorts med personer med åldersdement beteende: ”Hur vill man ha det?”

”God natt – sov gott” var en rapport som gavs ut 1985 om nattvård för åldersdementa i kombination med dagvård. Det flexibla utnyttjandet av vårdplatser var ett sätt att få patienter att bo hemma längre. [94]

”Att bo på institution” var en annan mycket omfattande rapport om social miljö och levnadsvillkor för äldre och handikappade på 128 institutioner, som gavs ut 1986. Av dessa fanns 50 000 på långvårdsenheter, 21 000 inom psykiatrin, 77 000 på hem för utvecklingsstörda och 49 000 på ålderdomshem. Sammanfattningsvis konstaterades att institutionsvården har stora brister. Ett stort antal förslag till förbättringar redovisades. Inventeringen gjordes i samråd med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Spri. [95]

Enligt Socialstyrelsens senaste utvärdering av demensvården finns det idag (2018) 130 000–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Årligen insjuknar över 20 000 personer. Förbättringar har skett inom demensvården, men det finns fortsatt stora brister på flera områden. Bland annat har andelen kommuner som har multiprofessionella demensteam minskat och i de team som finns är det mycket ovanligt att personal från såväl landsting som kommun ingår. Förskrivningen av antipsykosmedel har ökat, efter att under ett antal år ha minskat, trots att stora satsningar har gjorts för att färre ska behöva dessa medel. [96]

Hemtjänsten på 1980-talet

Att insatser behövdes för att uppmärksamma och stimulera hemtjänstverksamhet var högaktuellt redan på 1980-talet och tidigare. I en samlad presentation av skrifter och annat material om hemtjänsten finns information om några publikationer.

I en rapport, ”Exempel på utvecklingsarbeten”, presenteras ett axplock av nya tankar och idéer som kommuner, myndigheter och enskilda runt om i landet har utvecklat i pågående förändringsarbete inom hemtjänsten [97]. ”Investera i kvalitet” är titeln på en annan rapport där studier av vad hemtjänsten kostar i form av bland annat sjukfrånvaro, personalomsättning och arbetsskador. Om framtida resurser investeras i att utbilda personalen och förbättra deras arbetsmiljö kan det ge dubbel vinst: bättre effektivitet och bättre kvalitet, menar de ekonomiska experterna som står bakom studien. [98]

”Personalförsörjningen inom hemtjänsten” är titeln på en rapport som bland annat innehåller ett 40-tal konkreta förslag som syftar till att minska frånvaro och omsättning bland personalen, höja deras yrkesstatus samt utveckla och ta till vara komplement till hemtjänsten. [99] Samtidigt med utgivningen av denna rapport informerade Socialstyrelsen utbildningsansvariga i kommunerna om nio nya kurser för hemtjänsten som Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet hade initierat och fått fastställda av Skolöverstyrelsen.

När dessa publikationer kom ut arbetade drygt 75 000 personer i hemtjänsten. Vid sekelskiftet beräknade man att ytterligare ca 100 000 personer skulle behövas. Idag (2018) beräknas antalet anställda undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden uppgå till 138 200 anställda. Fler behövs. [100]

5. Från 1990 till nutid

Socialstyrelsen behöver ny inriktning

Socialstyrelsen utvecklades under 1970-talet till en ganska tung myndighet och fick en mängd uppgifter som medförde växtvärk, spretighet och byråkratiskt detaljarbete. Samtidigt växte landstingens och kommunernas egna förvaltningar ut kraftigt. Denna utveckling innebar att kartan stöptes om från statlig centralstyrning till decentralisering och vidgning av den kommunala självstyrelsen. Socialstyrelsens nya roll blev planering och tillsyn med uttrycklig strävan att undvika kontroll och detaljreglering av den kommunala verksamheten (Prop. 1979/80:6 Om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m.). Huvudmannaskapet för bl. a. socialkonsulenterna och länsläkarorganisationen avvecklades fr.o.m. 1981. Socialkonsulenterna bildade en social enhet på respektive länsstyrelse, medan länsläkarna anvisades anställningar på landstingens miljömedicinska enheter. Landstingens utökade planeringsansvar medförde att Socialstyrelsens centrala tillsyn bantades från 25 länsläkare och 15 biträdande länsläkare till fyra centralt placerade läkartjänster.

Mediakritik efter flera uppmärksammade händelser under 1980-talet visade på bristen på tillsyn. Inte ens de fyra läkartjänsterna kom att tillsättas och det blev uppenbart för alla att i synnerhet sjukvårdstillsynen var kraftigt underdimensionerad och inte kunde skötas centralt för hela landet. Tillsynen hade helt enkelt inte samma innebörd som idag utan utgjordes helt och hållet av ärendehandläggning, så kallad skrivbordstillsyn. Som exempel kan nämnas att i slutet av 1980-talet gjordes 5 eller som mest 10 inspektioner i hela Sverige per år. Denna situation bidrog starkt till att verkets roll på nytt sågs över, och kan man säga tvingade fram beslut om en regionalt baserad tillsyn. Denna förändring hade två huvudsyften, dels att uppnå en mer heltäckande och aktiv tillsyn, dels att centrala verket skulle avlastas från ärenden om enskilda personer och rutinärenden.

Satsning på den medicinska tillsynen

I den omorganisation av Socialstyrelsen som regeringen beslutade om 1989 föreslogs bildandet av en regional organisation (RT) för en förbättrad och utökad tillsyn av hälso- och sjukvården. Motivet var att tillsynen skulle bli mer aktiv och komma närmare vården, få kännedom om hur den fungerade och var det fanns brister. Anmälningar om missförhållanden inom vården skulle följas upp. Vidare skulle handläggare från de lokala enheterna göra besök hos olika verksamheter och, när så krävdes, genomföra traditionella inspektioner. Granskning av förskrivning av beroendeframkallande läkemedel skulle prioriteras.

Nya medarbetare med stor erfarenhet av vård och omsorg rekryterades. Juridisk kompetens kom både från landsting och Socialstyrelsen. Myndighetstillsyn var dock något nytt för flertalet. Utifrån hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd formulerades tre grundläggande inriktningar för tillsynen. Den skulle vara: *stödjande, granskande* och *kontrollerande*.

All personal i den regionala tillsynsorganisationen fick utbildning bland annat i att tolka innebörden i lagar och förordningar. Det skapade samsyn på hur tillsynen skulle gå till i praktiken. Vad är egentligen en god vård på lika villkor, som det är formulerat i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Begreppen säker och av god kvalitet blev vägledande. Sedan gällde det att få personalen i vården att själva definiera och följa upp vad kvalitet och säkerhet innebar för just deras verksamhet. För att säkerställa målinriktningen och kraven på patientsäkerhet, formulerade i hälso- och sjukvårdslagen, är ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete nödvändigt, skrev Socialstyrelsen i föreskrifterna Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård (SOSFS 1993:9). Föreskrifterna redovisade följande moment i kvalitetssäkringen:

- Målbeskrivning.
- Uppföljning av verksamheten.
- Värdering av verksamheten.
- Åtgärder för att minska negativa målavvikelser och ta tillvara positiva erfarenheter.
- Uppföljning och utvärdering av kvalitetssäkringsarbetet.

Björn Forsberg: **Från marginalisering till spjutspets**

Den regionala tillsynen startade 1991 med, så småningom, sex regionala tillsynsenheter (RT) och med en förhållandevis blygsam total bemanning på 47 årsarbetskrafter. Sjukvården var oförberedd på att möta tillsyn i direktform. När vi 1992 gjorde vårt första samordnade nedslag nattetid på sjukhusens akutmottagningar under stort hemlighetsmakeri blev det chockvågor ända upp i regeringskansliet. Metodiken som senare benämndes tematisk tillsyn kom att användas på olika områden ett par, tre, gånger per år och blev snabbt en succé. Dessutom hade nu generaldirektören eget folk på fältet som kunde medverka till implementering av det politiska reformarbetet, t.ex. ÄDEL, PAL-reformen (PAL = patientansvarig läkare) och den nya psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen.

Tillsynen på fältet ökade dramatiskt från knappt ett tiotal aktiviteter per år till 500-600 på ett par år. Det växande förtroendet för RT-verksamheten lade grunden till nästa utvecklingssteg, nämligen Socialstyrelsens ansvar som tillsynsmyndighet för all hälso- och sjukvård. År 1997 fick vi samma befogenheter i form av inspektionsrätt och rätt till föreläggande med vite även riktat till de offentliga vårdgivarna. Ända fram till dess hade tillsynen lite hämmats av den särskilda hänsyn som skulle gälla för landstingen men nu gällde samma bestämmelser för såväl offentlig och privat som för sluten och öppen vård. Det utökade ansvaret medförde också att man kunde anställa lite fler handläggare på RT-enheterna, men dessa förblev ändå relativt små.

Kring 1990 var kvalitetssäkring på allas läppar och strax före år 2000 var vi några personer som lanserade begreppet ”patientsäkerhet”. Häri låg också den tydliga ambitionen att förändra samhällets syn på lex Maria från en repressiv till en mer skadepreventiv approach. Vi är nu framme vid nästa stora utvecklingssteg, dvs. beslutet om en samordnad tillsyn med socialtjänsten. Efter 40 år i förskingringen kunde socialkonsulenterna återbördas till fadershuset.

För att sammanfatta mig. Jag fick uppleva och själv vara med och påverka en fantastisk utveckling från en situation där tillsynen var marginaliserad och sedd över axeln till att bli verkets spjutspets och tyngsta avdelning. Ja, faktiskt så tung att den tilläts få stå på helt egna ben och slutligen år 2013 bröts ut från Socialstyrelsen. Tillsynen kommer nog för lång tid att fortsätta vara ett av statsmakternas allra viktigaste styrmedel, men nu i nya kläder.

Budgetpropositionen: Uppsala blir Örebro

”Socialstyrelsens förslag att en av de fem regionala tillsynsenheterna bör lokaliseras till Uppsala, delas inte av regeringen. I budgetpropositionen, som presenterades den 10 januari (1990) vill regeringen i stället se Örebro som säte för en av de fem RT-enheterna.”
(Socialstyrelsens personaltidning nr 1, 1990)

Sex regionala enheter

Efter en del ”politiskt köpslående” beslöt riksdagen att de nya enheterna skulle placeras i Malmö, Jönköping, Örebro, Stockholm och Umeå. Senare beslutades att en enhet också skulle finnas i Göteborg. Enheterna i Örebro, Umeå, Jönköping, Malmö och Stockholm invigdes 1991. Den regionala verksamheten inleddes med att en central enhet etablerades i Stockholm som 1990 övertog alla ärenden från den gamla organisationen. Enheterna ute i landet skulle få chansen att etablera sig innan de behövde ta hand om ärenden från Stockholmsenheten.

Göteborgsenheten invigdes två år senare av biträdande sjukvårdsminister *Bo Könberg*. Övriga enheter invigdes av generaldirektör Claes Örtendahl utom Umeå-enheten där socialminister *Ingela Thalén* klippte bandet. I anslutning till invigningen i Umeå anordnades också en konferens om kvalitetssäkring. I sitt anförande sa socialministern bland annat: ”Trots att patienterna är rätt nöjda med det mesta, måste vi bli mer observanta på att det finns negativa inslag. Vi får inte acceptera att patienterna känner sig som anonyma skuggor! Därför är det självklart angeläget att de som ansvarar för vården och de som arbetar i vården lyssnar på patienterna och på de anhöriga. Det är mycket värdefulla kunskaper om vårdens kvalitet som man kan ta vara på bara genom att vara lyhörd. Var kommer då kvalitetssäkringen in i den här bilden? Först kan vi ju konstatera att det i och för sig inte är något nytt att mäta vårdens kvalitet. Det har gjorts tidigare när det gäller t.ex. klinisk forskning. Och sedan länge så finns det också kvalitetskontroll inbyggt i många olika sammanhang. Däremot har det inte funnits någon systematisk, heltäckande kvalitetsuppföljning, det vi kanske idag kallar för kvalitetssäkring. Och vi kan konstatera att behovet av en sådan ökar mycket snabbt. En av orsakerna till detta är den snabba utvecklingen i vården. Här har t.ex. nya styrformer inneburit att behovet av kvalitetssäkring har ökat kraftigt. En annan orsak till det snabbt ökande intresset för kvalitetssäkring är säkert kravet på en rationell användning av sjukvårdens resurser.”

Många uppgifter

Verksamhetsidén för de regionala tillsynsenheterna var ”Aktiv tillsyn för God kvalitet och Hög patientsäkerhet i vården.” Listan över de gemensamma uppgifterna förutom tillsyn var lång. Där ingick: stödja och följa utvecklingen i regionen, tillsyn över vårdpersonal och viss registerhållning, service till allmänheten och vårdpersonalen, lex Maria-ärenden, tillsyn över enskilda vårdhem, tillsyn över läkemedelsförskrivning, tillsyn över smittskydd, tillsyn över alternativmedicin, godkännande av tandtekniska laboratorier och journalförstöringsärenden. [101] Varje regional enhet fick också ansvar för vissa typer av ärenden:

- Umeå-enheten ansvarade t.ex. för hjälpmedelsfrågor och fysikalisk terapi.
- I Stockholm tog den regionala enheten hand om behörighetsfrågor och planering enligt LSPV (lagen om sluten psykiatrisk vård).
- Örebro-enheten ansvarade för bland annat RiskdDataBasen, blodförsörjningsfrågor och institutionsregister över vårdgivare.
- I Jönköping tog man hand om optikerfrågor.

I föreskrifter och allmänna råd förtydligade Socialstyrelsen bestämmelserna om anmälningsskyldighet enligt lex Maria utförligare (SOSFS 1991:34). Huvudsyftet ”är att garantera patienterna säkerhet och god kvalitet på den vård de får”. Det preventiva syftet med anmälan betonas, förebyggande åtgärder ska vidtas efter skada eller tillbud. Även privat verksamhet omfattas nu av anmälningsskyldighet.

Har vi nytta av tillsynen?

På Socialstyrelsens uppdrag genomförde Marknadsfakta AB tre intervjuundersökningar av kunskaper och attityder till Socialstyrelsen bland chefläkare, klinikchefer, klinik- och avdelningsföreståndare samt sjukhusdirektörer i Umeå- och Örebroregionerna – före starten (1991), ett år (1992) och två år efter starten (1993). I den tredje undersökningen ingick även medicinskt ansvariga sjuksköterskor. I den första undersökningen trodde nästan hälften, 47 procent, att de skulle få nytta av den nya tillsynsenheten i sitt arbete. I den tredje undersökningen ansåg 73 procent av dem som hade haft kontakt med enheterna i Örebro och Umeå att man hade hjälp av kontakten. [102, 103, 104]

Från repressiv tillsyn till egenkontroll

Socialstyrelsens tillsyn hade fram till 1990-talet i grunden varit repressiv. Mycken möda hade ägnats åt att förse Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd med underlag så att hälso- och sjukvårdspersonal som varit ansvariga för vårdskador och tillbud kunde ”prickas”. Nu beslöts att tillsynen skulle inriktas på att ge stöd så att vården själv skulle kunna förebygga risker. Begreppet egenkontroll lanserades. Hur fungerar din verksamhet? Hur vet du att den fungerar väl? Vilka metoder använder du för att analysera/redovisa dina resultat så att du kan lita på att du vet? Sätt mål och följ upp. Jämför dina resultat med andras. Redovisa systematiskt en skada eller en riskhändelse men även avvikelse från beslutade rutiner. Analysera sedan orsaken till varför det ”gick snett” och förbättra rutinerna, utbilda. Ett nytt begrepp, lokal avvikelsehantering, lanserades.

Stora ärendegrupper för de regionala enheterna blev också överförskrivning av narkotiska läkemedel och att följa tvångsvården inom psykiatrin.

Sammanlagt gjorde de regionala enheterna nära 500 inspektioner/besök i vården under 1992. Detta innebar en radikal förändring mot tidigare, då inspektioner endast genomförts i undantagsfall. Nu hade tillsynen kommit närmare vården.

Ökande antal anmälningar

Under 1994 fick Socialstyrelsen totalt in 1 637 anmälningar från sjukvården enligt lex Maria – dvs. anmälningar om allvarliga skador och tillbud i sjukvården. 1989 anmäldes 561 fall. Antalet anmälningar tredubblades således på sex år. 1992 var det första året då också medicinskt ansvariga sjuksköterskor blev skyldiga att anmäla. Socialstyrelsens anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ökade också under 1990-talet. 1989 anmäldes totalt 103 händelser och 1994 anmäldes 152 händelser. [105, 106]

Vad påverkar vårdens benägenhet att anmäla?

En studie om vad som påverkar hur sjukvården hanterar situationer där något går snett och patienter skadas och där händelsen enligt gällande regler borde anmälas uppåt i organisationen genomfördes av två forskare på Sociologiska institutionen vid Umeå universitet i slutet av 1990-talet. Djupintervjuer gjordes med 26 läkare och tio sjuksköterskor i sex sjukvårdsdistrikt. Ambitionen var dels att få kunskap om orsaken till den stora variation som finns i hur lex Maria tillämpas, dels få en inträngande beskrivning av hur fel och misstag i vården hanteras. [107]

Bland de intervjuade framträder dels en grupp med ett restriktivt synsätt på anmälan enligt lex Maria, dels en med ett expansivt synsätt. Den första gruppen har svårt att se lex Maria som ett instrument för kvalitetssäkring. ”Lex Maria för mig är när det gått rejält snett. Och då är det ansvar som skall utkrävas och handlandet skall prövas.” De med ett öppet och liberalt synsätt menar att vården förbättras om fel och misstag återrapporteras och analyseras. De flesta inom denna grupp anser att det vore bra om man anmälde oftare. ”Man har inte samma rädsla för anmälningar längre.” Återkopplingen från Socialstyrelsen är viktig. ”Ett problem är att handläggningstiden ofta är så lång, att ärendet nästan är glömt när vi får beslut.”

Orsaker till fel och misstag redovisas ingående under huvudrubrikerna: Brister i organisation och kommunikation, Personalens kunskaper och kompetens och Problemläkare och problemsjuksköterskor – de övermodiga, de passiva och de aparta.

RiskDataBasen
– för säkrare vård

RiskRonden
Socialstyrelsen
Information om risker inom hälso- och sjukvården
1998-04-30
Nr 6
Äldre röntgenbilder kan vara avgörande för korrekt diagnostik – även i digitalåldern

RiskRonden Special
Socialstyrelsen
Information om risker inom hälso- och sjukvården
Nr 1 1998-03-20
Har vården blivit säkrare?
Fortsatt minskning av Lex Maria-ärenden!

Risker samlas i databas

Den regionala tillsynsenheten i Örebro fick 1992 i uppgift att lagra information om skador och allvarliga tilllbud (lex Maria-ärenden) i en databas, RiskDataBasen – för säkrare vård. Där samlades uppgifter om risker och riskbeteenden inom vården. Syftet var att visa på verksamheter och rutiner där skador och tillbud förekom. Uppgifterna var ämnade att stimulera till kvalitetssäkring i vården men också till forskning och utveckling. Återföring till sjukvården och vårdskolor skedde via ett informationsblad; RiskRonden. Det spreds både separat och som bilaga i tidskrifter. Under 1991–30 juni 1999 utkom 88 nummer av RiskRonden. Riskhändelser inom vissa områden samlades också i temanummer, RiskRonden Special. Denna återföring av riskhändelser till vården såg tillsynen som viktig i det förebyggande arbetet, något som också framhölls i förarbetet till lex Maria. Publicering av lex Maria-ärenden i Läkartidningen och SYLF-nytt, och ibland även i Dagens medicin var ämnat som ett stöd i arbetet med att förhindra riskbeteende i vården. Där det var påkallat utfärdades allmänna råd om hur man i vården skulle kunna undvika liknande händelser i framtiden. Fram till och med 1998 hade 10 000 ärenden samlats i databasen. Den lades dock ner 2008.

De rapporter som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag årligen ger ut är en annan viktig återföring till vården där utbetalningarna speglar var riskområden finns.

Förstärkt tillsyn

Ett problem med tillsynen var fokuseringen på att en individ i vården ansågs vara ansvarig för att skador och tillbud inträffat. I mars 1995 tillsattes en arbetsgrupp inom Socialdepartementet med uppgift att lämna förslag till reglering av verksamhetstillsynen i hälso- och sjukvården. Förutom *Mårten Törnqvist* från Socialdepartementet ingick *Björn Forsberg* från Socialstyrelsen i utredningens sekretariat. En hel del av den regionala tillsynsorganisationens erfarenheter från dryga fem års verksamhet togs tillvara i utformningen av den förstärkta tillsynen.

I regeringens proposition den 7 mars 1996 (1995/1996:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården) föreslogs Socialstyrelsen få ett påtagligt förstärkt mandat. Verket skulle nu få tillsyn över all sjukvårdsverksamhet oavsett driftform och omfatta såväl individ som verksamhet. Samma bestämmelser skulle gälla för vård i både offentlig och enskild regi. Enda undantaget var försvarets sjukvård. Även verksamhet som utför analyser på uppdrag av sjukvården skulle omfattas av tillsynen och Socialstyrelsen fick rätt att omhänderta material. Verket skulle vidare få bemyndigande att förelägga den som bedriver verksamhet att rätta till missförhållanden, exempelvis underbemanning eller bristande ledarskap. Om så inte skett vid en uppföljande inspektion, skulle Socialstyrelsen kunna bötfälla och i sista hand stänga en enhet. Krav på kvalitetskontroll skulle införas för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Den politiska nämnden, de i stiftelser eller aktiebolag ansvariga fick nu klart för sig att de hade ett tydligt, övergripande ansvar för säkerhet och kvalitet på sina enheter. I utredningens överväganden betonas tillsynens uppgift att både förebygga och kontrollera, att föra dialog. ”God kvalitet i vården kan svårligen kommenderas fram”.

Ökat fokus på patientsäkerhet

I lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (1996:786), som trädde i kraft den 1 januari 1997, fick sjukvården krav på att systematiskt kvalitetssäkra sina verksamheter. Kravet riktades till vårdgivaren, dvs. den ansvariga ledningen. Vidare fastställdes en skyldighet att rapportera händelser av betydelse för patientsäkerheten – inte enbart allvarliga. Avvikelsehantering fick nu lagstöd med innebörden att åtgärder skulle vidtas för att förhindra riskbeteende som kunde medföra felbehandlingar eller olyckor i vården. Även tillbud som innebar en risk för patienten att drabbas av vårdskada skulle rapporteras och användas i preventivt syfte. Vidare betonades att patienten skulle behandlas med värdighet och integritet. Genom delaktighet i vården skulle patienten känna sig tryggare och själv medverka till ökad säkerhet. Anmälningsskyldighet till Vårdgivarregistret infördes för alla som avsåg att bedriva vård i någon form. Socialstyrelsen fick ökade befogenheter om kvalitetsbrister uppdagades. Lex Maria infördes som en del i lagen.

Samlat stöd om patientsäkerhet

Efter skärpningen av lagstiftningen och under de senaste 20 åren har mycket hänt inom patientsäkerhetsområdet. Många parter är idag inblandade lokalt, regionalt och centralt. På uppdrag av regeringen och i samverkan med elva myndigheter och organisationer har Socialstyrelsen tagit fram en webbplats där grundläggande information och kunskapsstöd om patientsäkerhet samlas, patientsakerhet.socialstyrelsen.se/

Där hittar man bland annat filmer, webbutbildningar, konkreta metoder och verktyg, åtgärdsprogram och vägledningar om hur man kan arbeta förebyggande för att skapa en säker vård. [108]

Ledningssystem och God vård

I oktober 1996 utfärdade Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården och tandvården (SOSFS 1996:24). Landstingsförbundet ställde sig bakom författningen, vilket ökade dess legitimitet. Den blev ett stöd för vården i deras förbättringsarbete och något Socialstyrelsen kunde hänvisa till vid inspektioner.

På Socialstyrelsens uppdrag gjorde ett undersökningsföretag en telefonenkät under hösten 1997 för att utröna hur känd föreskriften var. Av nästan 1300 verksamhetschefer, avdelningsföreståndare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor som svarade på enkäten uppgav 93 procent att de sett föreskrifterna och 62 procent hade läst hela eller det mesta av föreskrifterna. [109]

Närmare tio år senare ersattes 1996 års föreskrifter och allmänna råd av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Där förtydligades kravet på ett ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Systemet skulle omfatta alla delar av verksamheten och tydliggöra hur ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fördelas mellan aktörerna. Patientsäkerhet lyftes fram som ett grundläggande krav på god vård. En vägledning till föreskrifterna togs också fram ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [110]. Vägledningen syftade också till att koppla samman nationell och internationell erfarenhet av kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård. Den blev väl mottagen ute i vården och bildade grunden i det fortsatta arbetet med att följa upp och utvärdera de sex kvalitetsområden som kännetecknar en god vård enligt Institute of Medicine i USA [111]. God vård kännetecknas av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

I de senaste föreskrifterna och allmänna råden om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utvecklas anmälningsskyldigheten vid vårdskador (SOSFS 2011:9). I dessa innefattas inte bara hälso- och sjukvård och tandvård utan också verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och socialtjänstlagen, SoL (2001:453). Förtydliganden och anvisningar tillkom också 2013 i SOSFS 2013:3.

Fem lagar blir en

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) tydliggjorde på flera sätt sjukvårdspersonalens ansvar, även när anmälan ska göras då patient skadas eller riskerats att komma till skada. I LYHS sammanfördes fem tidigare lagar: behörighetslagen, disciplinpåföljdslagen, kvacksalverilagen, tillsynslagen och åliggandelagen. Mindre ändringar gjordes också.

Ny patientsäkerhetslag

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) ersattes 2011 av en ny patientsäkerhetslag, PSL (2010:659). Den reglerar när anmälan ska göras till Socialstyrelsen/IVO. Sjukvården fick också tydliga krav på att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vård-

givarens ansvar förtydligades på en rad punkter, som att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Skyldighet att rapportera händelser av betydelse för patientsäkerheten – inte enbart allvarliga – fastställs. Åtgärder ska vidtas för att förhindra riskbeteende som kan medföra felbehandlingar eller olyckor i vården. Även tillbud som innebär en risk för patienten att drabbas av vårdskada ska rapporteras och användas i preventivt syfte.

Anmälningsskyldighet införs för alla som avser att bedriva vård och omsorg i någon form. Vårdgivaren får vidare skyldighet att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för säkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Patientsäkerhetsberättelse ska upprättas för varje år.

Prevention istället för straff

Talesättet ”själv till straff och androm till varnagel” är nu historia. Tillsynens intentioner att verka i preventivt syfte och inte straffa individer har nu laga stöd.

Disciplinpåföljd slopas

Först 2011 då patientsäkerhetslagen trädde i kraft, slopades disciplinpåföljd för hälso- och sjukvårdspersonal. I stället skulle Socialstyrelsen i sin kritik kräva åtgärder av vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalen för att förhindra ny riskhändelse. Möjligheterna att föreskriva prövotid utvidgades. Ett viktigt syfte med den nya lagen var att hitta fler riskindivider bland sjukvårdspersonalen. De första fyra åren med den nya bestämmelsen innebar ingen ökning av antalet fall med prövotid. ”Utredningens förslag inför den nya lagen fokuserade på vårdgivarnas egenkontroll, skyldighet att följa upp och kvalitetssäkra vården och skaffa rutiner för att komma till rätta med risker. Därför tror *Lars Lundgren*, som var ordförande i Patientsäkerhetsutredningen, att en förklaring till att inte prövotiderna har ökat kan vara att arbetsgivarnas förebyggande arbete fungerat bättre”. (Läkartidningen 2017, vol. 114; s. 692)

Behöver tillsynen utvecklas?

År 2000, cirka 10 år med den regionala tillsynsorganisationen, skrev Björn Forsberg några reflektioner i en intern PM. Han hade läst Livsmedelsverkets rapport om effektivare tillsyn på livsmedelsområdet, ESO-rapporten om tillsyn på miljöområdet och Statskontorets rapport om statens tillsyn över landstingen och kommunerna. En slutsats som kunde dras av dessa rapporter var, menade han, att inspektioner är grunden för tillsynen. Mot bakgrund av att Livsmedelsverket rekommenderar tillsyn av varje objekt (cirka 52 000) minst en gång per år, arbetarskyddet ett inspektionsintervall på sex år (cirka 270 000 objekt) och Naturvårdsverket ett inspektionsintervall på tre år, så skulle Socialstyrelsens tillsyn med dåtidens antal besök i vården (cirka 900 per år) betyda ett inspektionsintervall på 15–16 år (cirka 14 000 tillsynsobjekt enligt Vårdgivarregistret).

Det torde vara ”helt orealistiskt att ens tänka sig en ambitionsnivå i närheten av de nämnda myndigheternas”, skriver Björn Forsberg, och tillägger: ”Men för vår trovärdighet som tillsynsorgan skulle jag ändå vilja höja besöksfrekvensen ett snäpp. Omprioritering? Fokuserar vi för mycket på handläggningstider och ärendebalans? Överarbetas rapportskrivningen efter tillsynsbesök? Borde vi använda handdator och göra utskrift direkt vid besöket? Famnar vi över för mycket när vi försöker granska en vårdgivares hela kvalitetssystem? Skulle vi kunna tänka oss att lämna över generella kvalitetsrevisioner till SWEDAC, Komrev och

andra specialiserade konsulter? Borde vi införa stickprov, d.v.s. ett utmejslat avsnitt med bäring på patientsäkerheten, istället för granskning av hela verksamheten vid tillsyn?

Indikerade besök inklusive lex Maria-ärenden skulle givetvis prioriteras även fortsättningsvis", avslutar Forsberg sina reflexioner.

Mycket av tillsynens tidiga utveckling byggde på erfarenheter från vad som framkom vid granskning av vården. Lagar och förordningar som tillkom byggde till stora delar på dessa erfarenheter. Några landsting har under senare år tillsatt särskilda tjänster med uppgift att utveckla och kvalitetssäkra vården. Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm (KTH) har sedan några år en särskild enhet med inriktning på risk- och säkerhetshantering, där även hälso- och sjukvården finns med.

Forskningen på området har dock varit av liten omfattning och någon "genomtänkt strategi för hur resultat från forskning och utveckling snabbt skall bli användbar saknas". Så skrev åtta personer som vill driva på utvecklingen på området i Svenska Dagbladet den 23 november 2015. De föreslår även ett självständigt nationellt kunskapscentrum för patientsäkerhet.

Samordning av tillsynen

Efter Ädelreformen framkom starka önskemål om bättre samverkan mellan länsstyrelsernas tillsyn av socialtjänsten och Socialstyrelsens tillsyn framför allt inom äldrevården.

I oktober 2008 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda och genomföra en samordning av tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Socialstyrelsen. I uppdraget låg också att tillsynen skulle utvecklas med målet att skapa ett gemensamt tillsynsbegrepp och gemensamma tillsynsplaner.

Överförandet av tillsynen över socialtjänsten innebar att verksamheter på 21 länsstyrelser skulle flyttas till Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter.

Eftersom förändringen medförde att många länsstyrelsers medarbetare skulle tvingas flytta till annan ort om de inte ville byta arbete, var överflyttningen inte enkel. Som en övergångslösning etablerades arbetsplatser på ett par orter utöver de där Socialstyrelsens regionala enheter fanns.

Förberedelsearbetet för flytten genomfördes i projektform med sex olika delprojekt där representanter för båda organisationerna deltog. De tekniska lösningarna för överförande och integrering t.ex. av ärenden, diarium och rapporteringssystem krävde mycket arbete liksom förberedelserna för större lokaler till de regionala enheterna. Eftersom inte alla som arbetade med socialtjänsttillsyn på länsstyrelserna flyttade med till Socialstyrelsen genomfördes också en omfattande nyrekryterning i samband med flytten.

Uppdraget genomfördes i nära samverkan med länsstyrelserna. Organisationsförändringen genomfördes den 1 januari 2010. Eftersom tillsynen överfördes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) den 1 juni 2013 kan resultaten av sammanslagningen inte avläsas inom Socialstyrelsen.

Aktuellt om vårdskador

En redovisning av skador och vårdskador (undvikbara skador) presenterades av Sveriges Kommuner och Landsting 2017. Materialet, som granskningen bygger på, utgörs av 64 917 vårdtillfällen på akutsjukhus under åren 2013–2016. Vid cirka åtta procent av vårdtillfällena drabbades patienter av vårdskador. Det betyder att cirka 110 000 patienter på svenska sjukhus varje år får vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. En statistiskt säkerställd minskning av totala antalet vårdskador redovisades mellan 2013 och 2016. Ett oroande fynd var att antalet utlokaliserade patienter – vård på annan enhet än den där patienten borde vårdas utifrån sin sjukdomsbild – ökat och hos dessa patienter var antalet vårdskador 13 procent, nästan dubbelt så hög som på avdelning med specifik kompetens. Liknande nivåer på vårdskador som de här redovisade har rapporterats tidigare från Sverige och från andra länder som USA, Danmark samt från OECD.

2009 presenterade *Ulla Fryksmark*, Socialstyrelsen en första kartläggning av vårdskador inom sjukhusvården i Sverige på den 4:e nationella konferensen om patientsäkerhet. 8,6 procent av patienterna beräknades ha fått en vårdskada, vilket betyder 105 000 skador, 630 000 extra vårddygn och över 50 0000 extra besök i öppen vård. [112]

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO startade sin verksamhet den 1 juni 2013. Förutom sex regionala enheter finns en avdelning för tillståndsprövning för verksamheter enligt socialtjänstlagen, lagen om särskild service för funktionshindrade (LSS) och viss tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården, en enhet för intern revision, en avdelning för verksamhetsstöd och styrning samt stab.

Under 2016 noterade man en stor ökning av ansökningar om tillstånd för HVB-hem (Hem för Vård eller/och Boende) för ensamkommande barn. Att klara tillsynen av alla nya verksamheter var en utmaning som bland annat tvingade IVO till en nedprioritering av tillsynen inom hälso- och sjukvården detta år.

IVO gjorde 2017 en uppföljning av lex Maria-anmälningar i syfte att granska i vilken omfattning riskförebyggande åtgärder vidtagits. ”I nästan nio av tio ärenden har vårdgivarna genomfört alla de redovisade åtgärderna. Resultaten av granskningen tyder också på att vårdgivarna genomför fler åtgärder nu jämfört med för två år sedan.” [113]

Ur IVO:s årsredovisning 2017

Under 2017 registrerades 2680 lex Maria-ärenden, en ökning med 307 ärenden (13 procent) på två år. Antalet HSAN-beslut om prövotid 2017 var 87, att jämföra med 31 år 2015. Antalet beslut från HSAN är en följd av mängden anmälningar som IVO gjorde under 2016 och 2017. Antalet lex Sarah-anmälningar var 1294 under 2017. De flesta rörde verksamheterna barn och familj, funktionsnedsättning, LSS och äldreomsorg.

Under 2017 var antalet egeninitierade ärenden 2018, varav 1345 gällde verksamheter inom omsorgerna och 89 såväl sjukvård som socialtjänst. ”Vi har riktat fler tillsynsärenden där vi har indikation på förhöjd sannolikhet att enskilda eller grupper av patienter eller brukare drabbas av kvalitetsbrister, vårdskador eller missförhållanden”, skriver generaldirektör *Gunilla Hult-Backlund* i årsredovisningen. Störst antal beslutsärenden på hälso- och sjukvårdens områden fanns inom somatisk specialistsjukvård (34 procent), primärvård utom hemsjukvård (25 procent) och psykiatrisk specialistsjukvård (16 procent). Föreläggande med krav på åtgärder utfärdades på en enhet inom hälso- och sjukvården och tio inom omsorgerna. Återkallelse av tillstånd och förbud mot verksamhet gällde 13 enheter inom socialtjänsten.

Antalet klagomål på hälso- och sjukvården var 8339, en ökning med 40 procent på två år. Antalet inspektioner 2017 var 1861 (572 oanmälda) och antalet barnsamtal vid inspektionerna på HVB-hem, Statens institutionsstyrelses anläggningar och vårdhem enligt LSS var 4032. Antalet registrerade tillståndsärenden inom omsorgerna var 3319, en ökning med nära 30 procent på två år. [114]

Medicinteknisk säkerhet

Medicintekniska produkter har varit en del av och många gånger en förutsättning för den spektakulära utvecklingen vi har fått uppleva inom medicinen de senaste 60–70 åren. Tekniska produkter kan å ena sidan vara behäftade med konstruktionsfel eller ha svaga punkter och å andra sidan

vara komplicerade och därför kräva utbildning i hur den ska hanteras. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen varit engagerad på olika sätt i att förebygga risker vid användning av medicintekniska produkter i vården.

Exempel på uppföljningar och råd

Socialstyrelsen inrättade 1977 en rådgivande nämnd för medicinteknisk säkerhet och rekommenderade sjukvårdshuvudmännen att rapportera inträffade olycksfall och tillbud i samband med användning av medicinteknisk utrustning. Olyckor och tillbud rapporteras kontinuerligt, de flesta från större sjukhus med medicintekniska avdelningar. Återapportering sker till vården så att viss typ av fel på produkten eller felhantering inte ska hända igen.

Utifrån 46 rapporter om medicinteknisk apparatur från 24 sjukhus under 1981 meddelade Socialstyrelsen att det fanns ett stort behov av underhåll av apparaterna, framför allt på intensivvårds- och kirurgklinikerna.

Under åren 1977–1983 rapporterades 410 olyckor och tillbud. Bland de rapporterade olycksfallen fanns 29 dödsfall och 212 fall av personskada.

Genomgång av 84 fall av medicintekniska olycksfall 1991 och 1992 visade att 33 procent var tillverknings- eller konstruktionsfel och 31 procent fel i hur produkten användes. Övriga hade varierande orsaker. [115]

Felanvändning av medicinteknisk utrustning är oacceptabelt hög konstateras 1996 efter att Socialstyrelsens tillsyn fått ökade möjligheter att ställa krav på ledningsansvariga i vården. Det brister i kompetens, bemanning och i lokalernas utrustning.

I rapporten ”Radiologi – röntgen, ultraljud, isotoper” skriver en expertgrupp under ledning av medicinalrådet Kurt Roos 1983 att datortomografi bör anskaffas till samtliga länssjukhus samt till länsdelssjukhus i glesbygd. Vidare skriver gruppen att den första magnetröntgenutrustningen inom kort kommer att inköpas till Sverige på forskningsmedel och att den sannolikt kommer att vara i regelbundet bruk om fem år.

1985 sände Socialstyrelsen ut ett meddelande om att en litteraturgenomgång visar att dataskärmsarbete vid graviditet inte utgör någon risk för fosterskador.

Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. De senaste 2008 (SOSFS 2008:1).

Utredning om medicinsk utrustning

”Mot bakgrund av mycket snabb teknisk utveckling inom det medicintekniska området, mer avancerad och komplicerad apparatur som samtidigt fått ökad spridning beslöt regeringen 1985 att tillsätta en utredning om medicinteknisk säkerhet” [115]. Som utredningens sekreterare utsågs *Göran Liedström* på Socialstyrelsen.

Utredningen föreslog att man skulle införa produktkontroll med en indelning i tre kontrollklasser beroende på risk för patienter och personal. De med störst risk för felfunktion, skulle omfattas av den mest omfattande kontrollen. Ett register skulle upprättas för företag som tillverkar eller levererar medicintekniska produkter. De ska även registreras utifrån riskklass. Ett nationellt register över livsuppehållande och livsstödjande implantat (pacemakers) skulle upprättas.

Betänkandet trycker särskilt på utbildningsbehovet hos all personal som ska använda produkterna. Detta gäller inte enbart medicintekniker, läkare, sjuksköterska utan även personal i hemsjukvården där högteknologiska apparater kan användas.

Utredningen lägger en bra grund att bygga på för säker användning av medicintekniska produkter i vården. Den utgör även ett bra underlag i den medicinska tillsynen. Regelverket för medicintekniska produkter är baserat på EU-direktiv (§1993:584 och förordning 1993:876).

Kontrollen av medicintekniska produkter överfördes från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket den 1 juli 1990.

Oanmälda besök i vården

Ett av motiven med att förstärka Socialstyrelsens tillsyn var att verkets medarbetare skulle komma närmare patienterna, brukarna och de medicinska verksamheterna. Ett sätt att leva upp till denna intention var att genomföra oanmälda besök i vården. Detta blev ett viktigt komplement till chefläkarnas anmälningar och patienters och närståendes klagomål för att få en uppfattning om hur vården fungerade. Frågor medarbetarna i tillsynen ställde sig var: Kan patienten känna sig trygg då den söker vård? Finns systematiska brister av värde att lyfta fram till fler än de granskade? Är kompetensen adekvat i relation till uppgifterna? Ett ytterligare syfte med de oanmälda besöken var att skapa dialog mellan Socialstyrelsens tillsynspersonal samt personal och chefer inom vården.

Här några exempel på dessa oanmälda besök, eller nedslag i vården som de ibland kallades i media. Uppgifterna har vi främst hämtat från de pressmeddelanden Socialstyrelsens presstjänst tog fram.

Trettio akutmottagningar 1993

Granskningen gjordes en kväll. Av de granskade enheterna var åtta på region- och universitetssjukhus, nio på länslasarett och tretton på länsdelssjukhus. Generellt var bedömningen att beredskapen för akut mottagande var god. Verksamheterna var välfungerande, effektiva, välorganiserade med väsentligen kompetent personal även om det fanns en del möjligheter till förbättring. Bakjourerna som kallades in, infann sig inom som högst 27 minuter och samtliga bakjourer hade specialistkompetens. Primärjourens kompetens var dock låg på några av de mindre sjukhusen.

Antalet väntande var totalt 55 på medicinakuterna och 67 på kirurgakuterna. På hela 10 av de 13 länsdelssjukhusens medicinakuter och vid 9 kirurgakuter fanns inga patienter. Tillsammans med dessa siffror och andra indikationer drog Socialstyrelsen slutsatsen att jourorganisationen i landet sannolikt är överdimensionerad.

En uppföljande granskning av 35 akutmottagningar i landet genomfördes 1997. En sammanfattande bedömning denna gång var att en del brister fortfarande fanns i verksamheterna men att utvecklingen gick åt rätt håll.

Vården av svårt sjuka i särskilda boendeformer 1995

Totalt inhämtades uppgifter om vården av 502 patienter på 118 boenden från journaler samt från intervjuer med patienter, anhöriga och personal.

Granskningen initierades bland annat av en hög andel lex Maria-anmälningar från sjukvården i kommunala äldreboenden. Socialstyrelsens tjänstemän fann många mycket bra äldreboenden med positiv och kunnig personal. Men på andra framkom brister på en rad områden som kompetens och underbemanning, i läkartillgång, dokumentation, medicinering och diagnostik. En granskning av läkemedelslistorna i var tionde journal visade att hälften stod på tio eller fler läkemedel. Drygt tio procent hade femton eller fler läkemedel. Drygt tre fjärdedelar fick läkemedel mot oro, depression och ångest. De frågor Socialstyrelsen ställde sig var: Finns tillräcklig kompetens för att bedöma värdet av dessa, ibland mycket potenta, läkemedel? Omprövas läkemedelsbehandlingen systematiskt, tillräckligt ofta?

Oklara ledningsförhållanden angavs på några enheter som ett problem. I den sammanfattande bedömningen underströks dock att bristerna som påtalats inte var generella.

Patientansvarig läkare 1995

I hälso- och sjukvårdslagen infördes 1991 en bestämmelse om att för varje patient ska en patientansvarig legitimerad läkare (PAL) utses som ett led i att betona vikten av kontinuitet i vården. En PAL skulle ansvara för att undersökningar och behandlingar samordnas samt informera patienten om planerade åtgärder. Vidare ska han eller hon se till att patienten får möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

Då tillsynsverksamheten hade noterat att säkerhetsrisker uppstått till följd av oklara ansvarsförhållanden gjordes 1995 oanmälda besök vid 33 sjukhus för att få en uppfattning om hur PAL-reformen fungerade i praktiken, framför allt hur patienter och anhöriga upplevde läkarkontakter och kontinuitet. Intervjuer genomfördes med 284 patienter vid kliniker där patienter med tumörsjukdom vårdades och med 207 av deras anhöriga.

I endast hälften av journalerna fanns notering om vem som var PAL. Å andra sidan uppgav 82 procent av patienterna att de hade en egen läkare. Flertalet patienter och anhöriga uttalade sig berömmande om vård, behandling och bemötande. Missnöjet med vården rörde sig oftast om dröjsmål innan man fick en diagnos och innan behandling inleddes. Ibland hade patienter och anhöriga själva fått agera för att få undersökningar gjorda. Knappt hälften av patienterna hade samma PAL i öppen och sluten vård. Flera chefsöverläkare anger svårigheter att följa PAL-reformens krav vid korta vårdtider, omflyttning av patienter, läkares ledigheter.

Primärvårdsgranskning 1996

För att bedöma kvalitet och säkerhet i primärvården granskades 70 av totalt cirka 900 primärvårdsenheter och 34 jourmottagningar 1996. Områden som framför allt belystes var tillgänglighet, kompetens och kompetensutveckling, riskhantering samt åtaganden inom hemsjukvården och av patienter inom kommunala särskilda boenden.

Patienternas samlade bedömning beträffande tillgängligheten var att den var acceptabel. Framkomligheten på telefon var det man var mest missnöjd med. Tre fjärdedelar av patienterna fick komma till ”sin läkare” den aktuella dagen. Bristerna i remissbevakningen var stora. Den skulle

Fast vårdkontakt 2010

Kravet på patientansvarig läkare ersattes 2010 med bestämmelser om fast vårdkontakt som inte behövde tillhöra sjukvårdspersonal. Kännedomen om och tillämpningen av denna lagparagraf blev dock svag, vilket framkom i den uppföljning som Socialstyrelsen genomförde 2012. Den visade bland annat att det råder osäkerhet om hur bestämmelsen ska omsättas i praktiken och vilka befogenheter den fasta vårdkontakten ska ha. Majoriteten av vårdcentralerna och cirka hälften av sjukhusklinikerna som ingick i uppföljningen hade inte haft några patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. [116]

I dag finns från flera håll en önskan om att återinföra kravet på PAL i sjukvården, då många – framför allt kroniskt sjuka patienter – upplever att det brister i samordningen av deras vårdinsatser.

ha kunnat förbättras väsentligt om vårdcentralernas datasystem utnyttjades. Läkarinsatserna i hemsjukvården var få, även under jourtid för patienter i särskilda boenden. Läkarna hade problem med att få tiden att räcka till för allt fler vårdkrävande patienter. Distriktssjuksköterskorna upplevde stress i arbetet, hade svårt att hinna med, tyckte att ”primärvården slagits sönder av alla reformer”. Knappt hälften av vårdcentralerna hade en plan för personalens kompetensutveckling.

Privat allmänkirurgi och plastikkirurgi 1997

Den 1januari 1997 trädde lag (1986:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården i kraft. Nu fick Socialstyrelsen tillsyn även av privat verksamhet inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Granskning gjordes i de tre storstäderna på 61 enheter och omfattade remisshantering, läkemedelshantering, hygienrutiner, medicinteknisk utrustning, avvikelsehantering och lex Maria-anmälningar samt journalhantering.

I huvudsak fungerade enheterna bra avseende tillgänglighet, bemötande, omhändertagande av patienter och beredskap efter utförda operationer. Däremot hade två tredjedelar av de besökta enheterna otillfredsställande system för remissbevakning, en femtedel hade inte säkra rutiner för att fånga upp patologiska provsvar, nära hälften saknade journal för förbrukning av narkotiska läkemedel, en tredjedel saknade system för registrering av komplikationer och mer än hälften saknade rutiner för hur anmälningar enlig lex Maria ska gå till. Rekommendationer om förbättringar sändes till de enheter där sådana var påkallade. Vid en av enheterna uppdagades sådana brister att Socialstyrelsen beslöt göra en mer omfattande granskning.

Beläggningssituationen vid medicinkliniker nattetid 1999

Mot bakgrund av en debatt om ökande överbeläggningar på medicinkliniker i landet besöktes ett 60-tal av landets 85 akutsjukhus i januari 1999 för att få en bild av hur beläggningen såg ut. Syftet var framför allt att bedöma patientsäkerheten för dem som vårdades på extra vårdplatser som extrabädd på vårdsalar, på expeditioner, i behandlingsrum, korridorer, TV-rum, duschrum, dagrum eller i matsal. Totalt besöktes 246 vårdavdelningar. Närmare hälften av avdelningarna hade patienter på extra vårdplatser. ”Detta är en oacceptabel belastning på personalen som kan leda till risker för patienterna på sikt”, skrev Socialstyrelsen i en sammanfattande bedömning.

Ett problem utifrån patientsäkerheten var frånvaro av fasta larm. Största problemet som de ansvariga sjuksköterskorna upplevde med överbeläggningarna var att det inte fanns några marginaler och inget utrymme för eventuell katastrofsituation. De risker verksamhetscheferna kunde se med överbeläggningar var ovärdig vårdmiljö och en orimlig arbetsbelastning på vårdpersonalen. Som en följd av att överbeläggningarna slet hårt på personalen menade de vidare, att risken för förväxlingar samt tillsyn och omvårdnad försämrades. Ökad infektionsrisk påpekades också. Köer till kommunernas särskilda boenden gjorde att färdigbehandlade patienter låg kvar medan akut sjuka ibland skrevs hem för tidigt.

Socialstyrelsens tjänstemän beskrev också välorganiserade vårdmiljöer med ”ordning och reda, engagerad och erfaren vårdpersonal, väl insatta i att hantera akuta situationer, god hygienstandard och lättillgänglig medicinjour”.

I december 2017 var överbeläggningarna inom kroppssjukvården på svenska sjukhus 4,7 procent (0.9–10.0). Antalet vårdplatser i den somatiska vården anses av många vara för få.

Viktigt komplement

Tillsammans innebar dessa besök i vården av medarbetare på Socialstyrelsen att även patienter och närstående fick komma till tals om sin syn på hur sjukvården fungerade.

De oanmälda besöken i hälso- och sjukvården var ett viktigt komplement till de länsvisa uppföljningarna, lex Maria-anmälningarna, kvalitetsregistren och RiskDataBasen om hur svensk sjukvård fungerade under 1990-talet. Denna form av tillsyn bidrog till att återföra kunskap till vården om var det fanns brister som, om de åtgärdades, skulle höja vårdens kvalitet och säkerhet. Potentialen till förbättringar bedömdes vara betydande.

Länsvis uppföljning

Detta projekt, som kom att kallas Aktiv uppföljning (AU), startade 1991. Syftena med Aktiv uppföljning var flera. Ett var att få kommun- och landstingföreträdarna att se sin verksamhet utifrån, spegla den och stimulera till dialog om den. Ett annat var att bygga upp kunskap, visa hur den kunde användas. Projektet var också ett sätt för Socialstyrelsen att bli mer känd som förmedlare av kunskap och dialogpartner än som åklagare. I projektet följde Socialstyrelsen upp ett läns verksamhet rörande både kommunernas socialtjänst och hälsoskydd samt landstingens hälso- och sjukvård. Uppföljningarna genomfördes halvårsvis, ibland i två till tre län åt gången. [117]

Varje granskning inleddes med att utifrån befintlig statistik få en bild av hälsoförhållanden och social välfärd i de aktuella länen. Samtidigt kontaktades politiker och verksamhetschefer som fick ge sin syn på problemområden samt ge idéer och projektförslag. Varje halvårsomgång hade ett tema som skulle binda samman projekten. Exempel på teman var ”Samverkan mellan huvudmän”, ”Kvalitetssäkring” och ”Decentralisering och centralisering”.

Projektet startade genom att generaldirektören träffade länets landshövding, ledande politiker, länsexperter, chefläkare och chefsadministratörer i landstinget tillsammans med några medarbetare och presenterade syftet och genomförandet. Därefter träffades medarbetare från Socialstyrelsen, externa experter och representanter för kommunerna och landstinget och gick igenom vilken inriktning granskningen skulle ha. Gemensamt tog man fram material som belyste olika verksamheter och som sammanfattades i delrapporter.

Jämförande nationell statistik visades upp för att initiera diskussioner som kunde leda till förbättringar och effektiviseringar av verksamheter. Antalet projekt inom ett län rörde sig om några få större till ett tjugotal mer avgränsade. I varje län avslutades projektet med seminarier dit även

Länsvisa studiebesök redan 1969

”Ni som sitter där uppe i Stockholm och utreder och beslutar kan väl inte ha någon kontakt med den praktiska verkligheten ute i landet.” Denna kritiska replik förekommer, men kan på det bestämdaste dementeras. Informationen från och kontakten med hälso-, sjuk- och socialvårdens representanter ute i landet sker på många sätt, och man försöker hela tiden finna nya och förbättrade informationsvägar. Strax efter sitt tillträde som generaldirektör reste t.ex. Bror Rexed ut i landstingen och studerade deras sjukvårdsplanering. Socialstyrelsens avdelning för långtidsvård har också infört en ny kontaktform: studiebesök länsvis. (Socialstyrelsens personaltidning nr 3–4, 1969)

Geografilektion

Genom kartorna som användes i dialogerna fick deltagarna från Socialstyrelsen som en bonus goda möjligheter att lära mer om Sveriges geografi.

media bjöds in. Resultaten från uppföljningarna presenterades och generaldirektören och överdirektörerna pekade på områden värda beröm men även där det fanns potential till förbättringar. En skriftlig slutrapport lämnades till berörda i länet och till regeringen. Ett till två år efter länsuppföljningen ordnades så kallade miniuppföljningar för att få en uppfattning om utveckling och förändring efter besöken.

TIDNINGEN

OM SOCIALSTYRELSENS AKTIVA UPPFÖLJNING. NR 1 1995

Rapport om nya styrformer:

Socialtjänsten har omprioriterat

Politiker eller tjänstemän

Vem skall välja utrustningen?

Exempel från fem län

Några län har valts ut för att ge en bild av innehåll och förslag till vad Socialstyrelsen ansåg borde förbättras eller som var exempel på god vård och omsorg.

I *Gävleborgs län* genomfördes projekt om bland annat Fallskador inom långtidssjukvården, Planering för äldre, handikappade och långtidssjuka vid kris och krig, Karies hos invandrarbarn, Det abortpreventiva arbetet, Barnomsorgens insatser för barn som behöver särskilt stöd och Hälsoförhållandena i Gävleborgs län.

I de sammanfattande kommentarerna pekade generaldirektören på att kunskaperna om befolkningens levnadsvillkor borde öka och att även personal- och utbildningsplanering borde förbättras. Vidare borde samverkan mellan kommunerna och landstinget utvecklas. Boende och vård för gravt handikappade under 50 år måste förbättras och landstinget borde ge stöd till kommunerna i deras kvalitetsarbete.

I *Kristianstads och Malmöhus län* genomfördes ett trettiotal projekt om bland annat Insatser för unga flickor – främst ungdomsmottagningens betydelse, Förskola med god kvalitet för alla, Alkohol och narkotika i Malmöhus och Kristianstads län, Informationsstrukturen och dataflödet vid en kvinnoklinik, Effekten av ekonomisk rådgivning och skuldsanering, Akut omhändertagande av hjärtinfarkter, frakturer och skador, Hiv/aidsvård, Sprututbytesverksamhet, Lex Maria-anmälningar, Vårdhem för personer med psykisk utvecklingsstörning, Äldre invandrare och Samordning av information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

I samband med sammanfattningen av granskningen av de två länen togs bland annat följande frågor upp:

- Privatläkarvården växer okontrollerat enligt huvudmännen och tvingar till nedskärningar i den offentliga vården.
- Socialstyrelsen noterar positiva erfarenheter av det infektionssjukvården redovisat om sprututbytesverksamheten i Malmö.
- Oroväckande hög sjukfrånvaro inom vissa områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Arbetsmiljön bör uppmärksammas.
- Större andel sociala alkoholskador och mer utbrett läkemedelsmissbruk än i landet i övrigt. I Kristianstads län stack utvecklingen av det lokala hälsoarbetet uppbyggt kring kommunala hälsoråd ut positivt.
- Hemtjänsten gör stora insatser för psykiskt långtidssjuka men de lämnas ofta utan stöd av psykiatrin. En samlad strategi krävs.

Generellt pekade Socialstyrelsen på att bättre samverkan och samordning krävs mellan landstingen och den kommunala verksamheten.

I *Skåne* var den slutna barnsjukvården ett av de ämnen som Socialstyrelsen ägnade särskilt intresse. På vilka kliniker vårdades barnen? Frågan

belystes utifrån statistik om var 23 557 barn och ungdomar 0–20 år vårdats under ett år. Det visade sig att 56 procent vårdats vid de fem barnmedicinska klinikerna medan övriga fördelade sig på 54 kliniker som huvudsakligen var avsedda för vuxna. Socialstyrelsen ansåg detta oacceptabelt. Vid uppföljning visade det sig att allt fler barn kom att vårdas på barnmedicinska enheter.

I *Västmanlands och Örebro län* byggde granskningen delvis på de tre traditionella grundelementen vid uppföljning och utvärdering; struktur, process och resultat/effekt. Kvalitetsbegrepp, värderingsfrågor och kvalitet i relation till individens behov diskuterades. Exempel på projekt i de båda länen var: Katastrofberedskap i fred såsom kemiska olyckor och psykiskt och socialt omhändertagande, Vad menas med kvalitet och hur bedömer man kvalitet i barnomsorgen (intervju- och enkätstudie), Hälsoförhållanden och förebyggande arbete i de två länen, Diabetesvård i de två länen – struktur och kvalitet (studerade variabler var ögonundersökningar, äggvita i urinen, fotvård) och Länssjukvården i Västmanlands län.

I sammanfattningen av granskningen i Örebro län pekade Socialstyrelsen bland annat på:

- Skillnaderna i ekonomiska förutsättningar i de olika kommunerna som avspeglades i hälsoförhållandena. I Örebro län var arbetslösheten nära dubbelt så hög som i övriga landet. Männen i Ljusnarsberg hade tre till fyra års kortare livslängd jämfört med andra män i länet.
- Skillnaderna i kostnaderna för barnomsorgen var betydande mellan två granskade kommuner, däremot inte i kvalitet.
- Att arbetet i primärvården med att förebygga komplikationer vid diabetes visade på brister som påverkade hälsoläget.
- Att avvecklingen av vårdhem för personer med psykisk utvecklingsstörning enligt lagen från 1985 går för långsamt.
- Att betydande brister som måste åtgärdas fanns vid en särskild granskning av inomhusmiljön och hälsoskyddsarbetet i daghem och skolor.
- Att en överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar för både män och kvinnor fanns i Västmanlands län.

Positivt gensvar

Aktiv uppföljning hade kunnat uppfattas som en ovälkommen inblandning i och ett förnumstigt tyckande från Socialstyrelsen om de olika enheternas dagliga arbete. Tvärtom visade det sig – Socialstyrelsens egna medarbetare och extern expertis mötte nyfikenhet och ett öppet sinne beträffande förslagen på förändringar av verksamheterna. I vilken mån förslagen påverkade och resulterade i förändringar på kort eller lång sikt ska vi däremot låta vara osagt.

De utvärderingar som Socialstyrelsen lät två konsultbyråer göra 1993 respektive 1998 gjordes för nära i tid för att kunna bedöma effekter. De hade mer som syfte att utvärdera själva metoden.

Konsulter utvärderar Aktiv Uppföljning

Under maj–juli 1993 granskade Komrev Sensia den omgång av Aktiv Uppföljning som avslutats i Värmland och Dalarna och som pågick i

Uppsala län och på Gotland. Syftet var att utröna och om möjligt värdera, om AU är en effektiv metod för uppföljning och tillsyn, om kunskapsförmedling sker, om AU ger effekter och påverkar beslut och om förväntningar hos intressenterna infrias.

Konsulterna anser att det är omöjligt att besvara frågan om AU är en effektiv metod ur en kostnads-nytto-aspekt med ledning av intervjuer och skriftligt material. Däremot är en stor majoritet av samtliga intervjuade personer mycket positiva till intentionerna med AU och Socialstyrelsens ”nya roll”. Kommuner och landsting är intresserade av att få uppföljning och utvärdering av sin verksamhet av en neutral part med accepterad legitimitet. [118]

Den andra utvärderingen utfördes av konsultfirman Bohlin och Strömberg 1998 då AU hade genomförts i samtliga län utom Jämtland och Västernorrland, där AU inleddes vid årsskiftet 1997/98. Konsulterna konstaterar att AU internt generellt uppfattas som en bra möjlighet för Socialstyrelsen att pröva nya frågeställningar. AU ger också ett bra tillfälle att få en verklighetsförankrad kunskap om verksamheter inom ramen för Socialstyrelsens ansvarsområde. Många uttryckte att AU är ett verkningsfullt instrument för Socialstyrelsen i sin roll som tillsynsmyndighet. Både tjänstemän och politiker menar att det behövs ständiga impulser utifrån, t.ex. från Socialstyrelsen, för att förbättra verksamheten. AU anses också vara viktigt för att ge en rättslig trygghet åt medborgarna genom att Socialstyrelsen upptäcker eventuella missförhållanden, som därmed åtgärdas. [119]

Projektet Aktiv Uppföljning avslutades 1998.

SSR-tidningen om Aktiv uppföljning (AU)

Ur SSR-tidningen nr 11, 1991 har vi klippt följande citat: ”Just nu håller socialstyrelsen på med projektet ’Aktiv uppföljning’. Län efter län ’dammsugs’ ur olika sociala perspektiv. Syftet är att få en överblick över hur socialtjänsten fungerar i länets kommuner. Vad har hänt i barnomhändertagandefallen? Vad kostar det att inte ge vård i tid? Vad kostar det att betala ut en krona i socialhjälp?

Allt material bearbetas och förs tillbaka till kommunerna – både det som är bra och det som är dåligt. Slutsatserna sprids också till departement och myndigheter.

Ragnar Götestam kan i dag inte se att det finns någon annan myndighet som skulle kunna spela samma övergripande roll som Socialstyrelsen gör idag. Visserligen har länsstyrelserna fått ökat tillsynsansvar men de har av naturliga skäl ett länsperspektiv. Här finns hög kompetens och vi ser ett samband mellan det specifika och det generella, säger han.”

Socialtjänsten från 1990

Inom socialtjänstområdet har Socialstyrelsen haft många viktiga frågor att bevaka, följa upp och utveckla. Det gäller bland annat situationen för barn och ungdom, socialbidragstagare, personer med funktionsnedsättning, äldre, hemlösa, flyktingar och invandrare. I en del frågor har verket kunnat visa en positiv utveckling, medan det ser dystrare ut inom andra.

Socialbidrag och annat stöd

I socialtjänstens årsbok 1993 ”Vad händer i socialtjänsten och omsorgerna?” redovisas att en och en halv miljon barn, ungdomar, vuxna och gamla får service eller stöd. Kostnaden har stigit från 21 miljarder 1980 till 73 miljarder 1991. Minskande resurser och stora behov är en stor utmaning och kräver medvetna prioriteringar. Frågetecken finns beträffande lagtillämpning. Kvaliteten bör höjas inom flera områden. Antalet som får hemhjälp har sjunkit kraftigt. [120]

I socialtjänstens årsbok 1996 anges att kostnaderna för socialtjänsten i kommunerna har ökat med nära 50 procent (+43 miljarder) från 1990 till 1995. Ädelreformen och kostnaden för socialbidrag var de främsta orsakerna till denna ökning. Den öppna arbetslösheten var fem gånger så stor 1995 som 1990. Många, men främst de sämst ställda, har fått minskad disponibel inkomst. Samtidigt har samhällets möjligheter att kompensera skillnader i välfärd minskat kraftigt. Nivåerna i sjukförsäkring, föräldra-

försäkring och arbetslöshetsförsäkring har sänkts. Allt fler hushåll har en inkomst under socialbidragsnormen. Besparingar har lett till rationaliseringar och effektiviseringar i kommunal verksamhet. I äldreomsorgen har en förskjutning skett så att de som vårdas där i allt högre utsträckning är svårt sjuka. Allt färre får hemtjänst. Mer missbruksvård sker nu i öppna former. Rekordstor utbyggnad av barnomsorgen har skett utan att kostnaderna har ökat, men barngrupperna har blivit större, personalen har minskat och avgifterna har höjts. Gapet inom kommunernas socialtjänst mellan behov och resurser kommer att öka.

1996 är antalet arbetslösa 1 650 000 (20–65 år). Det är 500 000 fler än 1990. Termen utslagningsmekanism används i redovisningarna och i debatten. Cirka 50 procent av de arbetslösa bedöms ha allt mindre chans att komma tillbaka i arbete. Många barnfamiljer har svårt att klara de löpande utgifterna. Yngre får det allt sämre. Fattiga blir allt fattigare. Man talar om ekonomisk segregation i Göteborg och Malmö.

Den största risken att hamna i ett långvarigt beroende av socialbidrag finns bland invandrarna. Av de utrikes födda var nästan 18 procent långvarigt socialbidragsberoende 1997. Av de utrikes födda barnen levde 40 procent i hushåll som var långvarigt beroende av socialbidrag för sin försörjning. [121]

Hemlösheten

Socialstyrelsen har kartlagt hemlöshetens omfattning och karaktär sedan 1993. Syftet med mätningarna är att resultatet ska användas i det strategiska arbetet på olika nivåer inom socialtjänstens område mot hemlöshet. Vid den senaste mätningen i april 2017 levde 5 900 personer i akut hemlöshet i Sverige. Det är 1 500 fler än 2011. Antalet i Stockholm var 925, i Malmö 904, i Göteborg 839 och i Botkyrka och Norrköping 139.

Antalet personer födda utomlands som var akut hemlösa var 2017 dubbelt så många som 2011. Män är liksom tidigare i majoritet bland personer som är hemlösa, 62 procent, men jämfört med 2011 rapporterades 900 fler kvinnor. Medelåldern för hemlösa har sjunkit till 40 år. [122]

Finansminister *Magdalena Andersson* kommenterade siffrorna i en artikel i Dagens Nyheter: ”Hemlöshet är det yttersta exemplet på när trygghetsnäten inte håller måttet.” Regeringen avsatte 25 miljoner till tio kommuner under 2018 för att bekämpa akut hemlöshet. Under samma vecka levde cirka 33 000 personer i landet utanför den ordinarie bostadsmarknaden.

Socialtjänstlagen ändras

Den 1 januari 1998 förändrades socialtjänstlagen (SoL, 1980:620) i sin uppbyggnad och kompletterades med nya bestämmelser. Ändringarna innebar bland annat kvalitetskrav på verksamheterna samt skärpta krav på personalens kompetens. Bland annat betonas vikten av god information till berörda, att uppsökande verksamhet sker, krav på adekvat dokumentation och att brukare och klienter får ett gott bemötande. Reglerna för försörjningsstöd (socialbidrag) och kommunernas skyldigheter vid vård och omsorg av barn och ungdomar, äldre, anhöriga, funktionshindrade och missbrukare förtydligades.

”

Lars Pettersson:
Väl förvaltat uppdrag

Jag kom till Socialstyrelsen i slutet av 1990-talet. Myndigheten hade då funnits i 30 år. Två utredningar, om hälso- och sjukvård respektive socialtjänst, hade resulterat i en proposition om en ny och sammanslagen myndighet kallad Medicinalstyrelsen. Riksdagen beslutade enligt förslaget men kallade den nya myndigheten för Socialstyrelsen. Man satte brukaren centralt och ville att denne skulle möta en samlad resurs på nationell nivå. Till myndighetens uppdrag hörde också att gå före i riktning mot en sammanslagning av landstingens och kommunernas ansvar.

Socialstyrelsen har enligt min mening förvaltat sitt uppdrag väl vad gäller att med respekt möta och avväga de många särintressen och revirhävdande grupperingar som finns inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Inte alltid men oftast har myndigheten kunnat

- fatta beslut baserade på kunskap och med brukarens och patientens bästa för ögonen.
- hävda myndighetens integritet i förhållande till politiken, under en period då socialpolitiken fortfarande var i centrum för den allmänpolitiska debatten.
- inta och spela en stödjande och kunskapsförmedlande roll mer än en kontrollerande och övervakande. Samtidigt återvann den statliga tillsynen sin ställning, främst inom hälso- och sjukvården.

En broschyr om ändringarna ”Socialtjänstlagen. Vad gäller för dig från januari 1998?” kunde beställas av kommunala förvaltningar, bibliotek, arbetsförmedlingar, försäkringskassor och medborgarkontor. Annonser publicerades i ICA-Kuriren och Vår Bostad. [123]

Socialstyrelsen fick också i uppdrag att följa upp och utvärdera de nya lagbestämmelserna. I en först samlad rapport redovisades bland annat följande:

- De flesta kommuner tillämpade riksnormen för olika socialbidragsposter.
- Många kommuner hade skärpt riktlinjerna för socialbidrag till icke-akut tandvård.
- Den utvidgade skyldigheten att anmäla till socialtjänsten om barn riskerar att fara illa hade inte inneburit fler anmälningar jämfört med tidigare.

Kerstin Wigzells ”installationstal”

När Kerstin Wigzell tillträdde som generaldirektör 1998 höll hon ett långt och innehållsrikt anförande på ett verksmöte för all personal. Det spelades in så att också personalen på de regionala enheterna utanför Stockholm kunde ta del av det. Hon tog bland annat upp den obalans som tycktes råda mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i olika frågor. Hon framhöll att kunskapsutvecklingen måste fortsätta vara huvuduppdraget inom socialtjänsten och antagligen lång tid framåt. ”Vi måste arbeta med implementeringen av den nya kunskapsparagrafen i socialtjänstlagen. Det får inte bara bli ord i lagstiftningen. Vi måste göra det tillsammans med de grupper i verksamheten som måste engageras. Det är ett systematiskt och långsiktigt arbete. Sedan tycker jag också att vi kanske inom socialtjänsten skulle pröva oss fram om vi kan bli en aning mer kritiska i våra slutsatser.”

När det gäller hälso- och sjukvården såg Kerstin Wigzell bland annat två stora områden; dels måluppfyllelsen, dvs. vad vi får ut av sjukvården och med vilka resurser, dels det fortsatta jobbet med patientens rättigheter. Inom äldreomsorgen ansåg Kerstin att Socialstyrelsen måste ta ett steg till. Vi kan inte bara fastna i tillsynsfällan. ”Jag tror att vi måste ägna oss åt att stödja utvecklingen av verksamheten och uppbyggnaden av kunskap inom äldreomsorgen, utbildningsfrågor och personalfrågor.” [124]

Socialtjänsten vet mer om kostnader än om verksamhetens resultat och kvalitet skriver generaldirektör Kerstin Wigzell och överdirektör Lars Petterson i en debattartikel i Dagens Nyheter.
(DN-debatt oktober 1999)

Socialtjänstens kunskapsutveckling

Ett centrum med uppdrag att utveckla metoder i socialt arbete (CUS) bildades 1992 inom Socialstyrelsen med egen styrelse. Till chef utsågs *Karin Tengvall*. Syftet var att stödja utvecklingen av en välgrundad och professionell kunskapsbas för socialt arbete med det långsiktiga målet att utveckla det sociala arbetet mot ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Vid årsskiftet 1996/97 var sex program aktuella:

- Socialtjänstens insatser för personer med missbruksproblem.
- Socialtjänstens insatser för barn och ungdom.
- Socialtjänstens insatser för personer med försörjningsproblem.
- God praktik.
- Socialt arbete med invandrare.
- Utvärderingens teori och metod.

1994 gav Socialstyrelsen ut en rapport om bl.a. modeller och metoder som är direkt användbara för utvärdering.

Varje program hade en forskningsledare och expertgrupper av ledande forskare och erfarna praktiker. Man samarbetade också med internationella forskare. 2009 införlivades Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) i CUS. Verksamheten finns nu inom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och utgör vetenskapligt baserade utvärderingar av metoder inom socialtjänsten. [125]

Man gav också stöd till kunskapscentra som hade till uppgift att underlätta samspelet mellan forskare, utbildning och yrkesverksamma. 1998 fanns tretton kunskapscentra i landet och sju ytterligare planerades.

Nationellt stöd till kunskapsutveckling

1999 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med berörda intressenter utforma ett förslag till program för nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten. I uppdraget lyfte man fram hur statliga utredningar inom socialtjänstområdet under de senaste åren återkommande betonat vikten av uppföljning och utvärdering av de sociala insatsernas värde för klienter/brukare och för samhället i stort. Man betonade nödvändigheten av att arbeta för en mer systematisk prövning och utvärdering av metoder och arbetssätt. Socialstyrelsens förslag utmynnade i ett nytt regeringsuppdrag för att genomföra programmet. 50 miljoner kronor anvisades för åren 2001–2003. Syftet med programmet var att skapa och förstärka strukturer för systematisk kunskapsuppbyggnad och effektiv kunskapsspridning inom olika områden av utbildning, forskning och praktik. Projektet Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten indelades i elva delprojekt:

1. Försöksverksamheter med en systematisk koppling mellan socialtjänst, högre utbildning och forskning.
2. Stöd till forskning med särskild inriktning mot sociala interventioners effekter.
3. Systematiska instrument för att bedöma klienters/brukares behov och resultat av insatser.
4. Terminologi och begreppsutveckling.
5. Kompetensbeskrivningar för socialtjänstpersonal.
6. Utveckling av ledarskap och organisation.
7. Grundutbildningar i högskolan.
8. Utvärdering av FoU-enheter.
9. Etik.
10. Samordning av litteratur, tidskrifter och informationsförsörjning inom socialtjänstområdet.
11. Brukarinflytande, rättighetsfrågor och kunskapsutveckling. [126]

Ökat intresse

Sedan 2007 har Socialstyrelsen vart tredje år genomfört en undersökning om evidensbaserad praktik riktad till ett slumpvis urval verksamhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Den senaste rapporten från 2017 visar bland annat att andelen chefer i socialtjänsten som är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik

Monica Norrman:
Professionalisering inom socialtjänsten

Ett området jag vill lyfta fram är Socialstyrelsen arbete för en professionalisering av socialtjänsten. Det tog fart i mitten av 1990- talet genom systematiskt utvecklingsarbete, satsning på utvärdering och dokumentation, allmänna råd och riktlinjer samt aktivt stöd till forskning, utveckling och universitetsutbildningarna. Det var ett långsiktigt och målmedvetet arbete. Två mycket konkreta resultat av det arbetet är att det ställs behörighetskrav i lag för den som ska arbete med social barnavård och att riksdagen beslutat om legitimation (socionomexamen och en särskild vidareutbildning) för kuratorer i hälso- och sjukvård. Det har bidragit till att socionomer idag är en eftertraktad profession och har sannolikt medfört att socialtjänsten klarar av dagens svåra uppdrag. Det känns bra att Akademikerförbundet SSR officiellt gett Socialstyrelsen och mig uppskattning för evidensbaserat, målmedvetet och uthålligt arbete.

har ökat från 68 procent 2007 till 75 procent 2016. Användningen av standardiserade bedömningsmetoder hade ökat från 63 procent 2007 till 76 procent 2016. [127]

Barn- och ungdomsfrågor

Enligt regeringens proposition Socialstyrelsens framtida roll (1988/89:130) borde Socialstyrelsen öka sitt engagemang i frågor som rör barn och ungdomar. Verket skulle ha ett centralt myndighetsansvar för barns och ungdomars uppväxtvillkor och ta initiativ till och bevaka samverkan med andra centrala myndigheter. I det så kallade huvudprogramområdet Barn och ungdom rymdes många projekt, en del spände också över andra huvudprogramområden inom Socialstyrelsen, till exempel Invandrares hälsa och Folkhälsoprogrammet. Några exempel får illustrera mångfalden av projekt:

- Studier i några invandrartäta bostadsområden där tänkbara effekter av segregationen uppmärksammas för såväl svenska barns som för invandrarbarns och ungdomars hälsa.
- Meningsfull fritid för barn och ungdomar 10–16 år.
- Information om tobak till tonårsföräldrar.
- STD och HIV-information till hörselskadade och döva ungdomar i samarbete med Manillaskolan, Skolöverstyrelsen och Hörselfrämjandet.
- Tidningen GLÖD, ungdomstidning för högstadiet och gymnasiet. Se också s. 79.
- Föräldrautbildning.
- Plötslig spädbarnsdöd.
- Tandhälsovårdsprogram för invandrarbarn.
- Lokaler och miljö i förskola och fritidshem.
- Utredning om enskilda förskolor och fritidshem.
- Föra ut kunskap inom området sexuella övergrepp mot barn. Uppföljning av Allmänt råd, samt initiera, stödja och stimulera utvecklingsarbete inom området med stöd av särskilda medel. (Socialstyrelsens personaltidning nr 16, 1990-05-10)

Socialstyrelsen anslog 14,5 miljoner till projekt för att förnya och utveckla arbetet inom barnomsorgen 1993.

Hälften av alla barn föds av ogifta föräldrar. Lagen kräver då att faderskapet fastställs. I nio fall av tio är föräldrarna sammanboende och faderskapet ”fastställs genom bekräftelse”. Allt fler behåller gemensam vårdnad av barnen efter separation.

I familjer där båda föräldrarna är arbetslösa fanns cirka 100 000 barn 1996. Sju år tidigare var antalet 8 000. Generellt har många barnfamiljer svårt att klara löpande utgifter.

Barnomsorgens fortsatta utveckling

Sedan den 1 januari 1995 har alla föräldrar laglig rätt till barnomsorgsplats. Åtta av tio kommuner klarade samma år av det lagstadgade kravet. Oroande många barn till arbetslösa utestängdes dock. På ett år (1995–96)

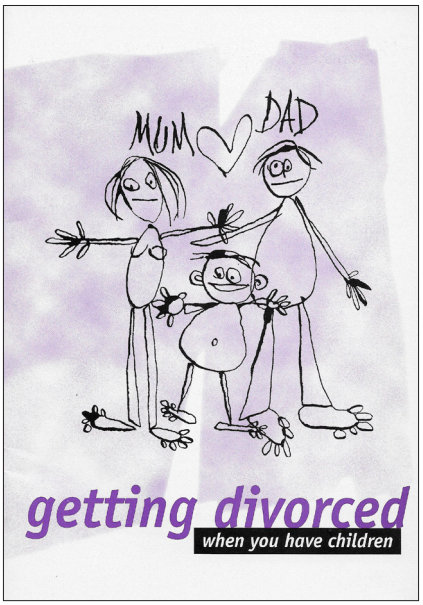
Mitt familjeliv

I anslutning till FN:s familjeår 1994 utlyste Socialstyrelsens tidning VÄL&VE tillsammans med tidningen Kamratposten en tävling om att göra en serie på temat ”Mitt familjeliv!” Tre vinnare utsågs i varje åldersklass, 8–11 år respektive 12–15 år.

ökade antalet barn i barnomsorgen (daghem, fritidshem och familjedaghem) med 48 500 till 694 000. Utbyggnaden hade 1998 nått en sådan nivå att behovet av platser väsentligen var fyllt.

2018 var antalet barn i förskola 510 000 [128]. Därtill kommer platser på fritidshem och familjedaghem. Enligt Barnomsorgsguiden var cirka 700 000 barn inskrivna i hela barnomsorgen i landets kommuner i januari 2018.

Barnomsorgen kostar lika mycket 1996 som 1991 trots att det är 170 000 fler barn på daghem, fritidshem, i deltidsgrupper och på familjedaghem. Timkostnaden har minskat med en femtedel, barngrupperna är större och det är lägre personaltäthet. Det finns en risk för kvalitetsförsämring? Socialstyrelsen bevakar.



Broschyrerna Att skiljas och Gemensam vårdnad har tryckts i olika versioner och stora upplagor under åren.

Bästsäljarligan: Dagis/Lekis/Fritids

1990 ser ut att börja som ett Barnens år, när det gäller efterfrågan och försäljning av Socialstyrelsens skrifter. Rapporterna var mycket populära och såldes i många tusen exemplar. Allmänna Förlagets försäljning under 1:a kvartalet detta år gav följande fyra-i-topp (Totalsiffrorna är sedan utgivningen):

- Pedagogiskt program för förskolan (Socialstyrelsens Allmänna råd 1987:03) – totalt 61 717 ex.
- Pedagogiskt program för fritidshem (Socialstyrelsens Allmänna råd 1988:07) – totalt 24 630 ex.
- Lokaler och miljö i förskola och fritidshem (Socialstyrelsens Allmänna råd 1989:07) – totalt 1 267 ex.
- Kommunala familjedaghem (Socialstyrelsens Allmänna råd 1988:04) – totalt 18 833 ex.

Försäljningsstatistik för böcker utgivna på LIC (Landstingens Inköps-Central) under januari–mars 1990 var också imponerande:

- Vänta barn 33 003 ex.
- Leva med barn 26 803 ex.
- Kostråd för spädbarn 20 909 ex.

(Socialstyrelsens personaltidning nr 14, 1990)

Det statliga ansvaret för förskolefrågor övergick 1996 till Skolverket. Tidigare utgivna och fortfarande aktuella publikationer övertogs därmed av Skolverket. Totalt rörde det sig om 25 titlar med allmänna råd och statistik samt utredningsrapporter och broschyrer. År 1996 överfördes också frågorna om barnomsorg från Socialdepartementet till Utbildningsdepartementet för att integrera barnomsorg och skola även på regeringsnivå.

Barns villkor

I september 1992 fick Socialstyrelsen regeringsuppdraget ”Barns villkor i förändringstider”. Slutrapporten lämnades till regeringen i april 1994. Alla Sveriges kommuner och länsstyrelser var inblandade på något sätt. Utredningen omfattade ett femtiotal delundersökningar, enkäter, intervjuer och inhämtande av statistik och andra fakta. ”Regeringen ville ha färskvara, siffror och fakta för 1993”, säger *Eva Bergström*, vilket för oss

betydde att vi fick köra igång helt egna undersökningar för att hinna få fram statistik och annat.

Förutom slutrapporten tog Socialstyrelsen fram fem underlagsrapporter:

- Barnomsorg 1–12 år.
- Barnhälsovård.
- Hearing med politiker och chefer.
- Avlösarservice och korttidsvård.
- Kommunernas satsningar på barn och unga.

(Socialstyrelsens personaltidning nr 12, 1994)

Ungdomsfrågor

Under tre år med början i februari 1990 gav Socialstyrelsen ut en ungdomstidning, GLÖD, riktad till tonåringar. Syftet var att den skulle vara ett stöd för samlevnadsundervisningen på högstadiet och gymnasiet. GLÖD väckte frågor och ville inspirera för samtal mellan vuxna och ungdomar och mellan ungdomar. Totalt gavs den ut med sex nummer – ett nummer per termin i tre år.

I juni 2016 gav Socialstyrelsen ut två föreskrifter och allmänna råd, det ena om Hem för vård eller boende (HSLF-FS2016:55) och det andra om Stödboende (HSL-FS 2016:55). Den första författningen gäller unga som fyllt 18 men inte 21 år. Dessa hem ska kunna tillgodose den vård de placerade personerna har. Den andra (stödboende) ska ta emot barn och unga i åldern 16–20 år, som ”huvudsakligen behöver stöd för att förberedas på självständigt boende och vuxenliv”. Båda författningarna innehåller konkreta förslag på hur intentionerna kan förverkligas.

Stöd och service till personer med funktionsnedsättning

Det har funnits en stark ambition inom svensk politik att genom lagstiftning och ekonomiskt stöd stärka rättigheterna för dem med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Även här har Socialstyrelsen varit aktiv. Bland annat i slutet av 1980-talet då Socialstyrelsen fick i uppdrag att fördela 20 miljoner kronor till försöksverksamhet för att stödja närstående i deras arbete med att hjälpa människor med funktionshinder (barn, ungdomar, vuxna eller äldre) så att de kan bo kvar i sin hemmiljö. [129]

Bengt Lindqvist var utifrån handikapprörelsen redan på1970-talet både nationellt och internationellt pådrivande för att de med funktionsnedsättning av olika slag skulle integreras i samhället. Som biträdande socialminister tillsatte han den handikapputredning som föreslog lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och personlig assistans. [130] *Bengt Westerberg* tog som socialminister över stafettpinnen och fick igenom i riksdagen att LSS och personlig assistans lagfästes (1993:38) och infördes den 1 januari 1994. Den tydliggjorde på en rad punkter landstingens och kommunernas ansvar för att personer med funktionshinder ska få möjlighet till ”jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet”. Byggandet av serviceboende eller gruppbostad med stöd

Håkan Ceder: **Viktiga insatser för barn- och ungdomsvården**

Det allra bästa med tiden på Socialstyrelsen var att få ägna sig åt mycket angelägna välfärdsfrågor, tillsammans med ytterst kompetenta och engagerade medarbetare. Det finns mycket myndigheten kan vara stolt över. Minnena av framgångsrika händelser och insatser är många.

Ett starkt minne är publiceringen av de första öppna jämförelserna inom äldreomsorgen. De medverkade till att sätta kvalitetsfrågorna inom äldreomsorgen i fokus, och bidrog till en intensiv debatt i de flesta av landets kommuner.

Även för personer med funktionsnedsättning gjordes många betydelsefulla insatser. Särskilt minns jag kartläggningen av funktionshindrades ekonomiska situation. Den visade, föga överraskande, att personer med funktionsnedsättning generellt är starkt eftersatta i fråga om ekonomiska resurser. Den blev ett viktigt underlag för den politiska diskussionen, och har åberopats i flera olika sammanhang.

Men det som mer än något annat skapade engagemang hos mig var vårt arbete kring den sociala barn- och ungdomsvården – och i synnerhet heldygnsvården. Här spelade särskilt *Bosse Vinnerljungs* forskning en central roll. Den blottlade stor eftersatthet hos placerade barn t.ex. i fråga om skolresultat och psykisk och fysisk hälsa, och visade på betydande överrisker för framtida missbruk och kriminalitet. Den bidrog till att den sociala barn- och ungdomsvården för en tid hamnade på den politiska dagordningen, vilket dock alltför sällan sker. Under den här tiden gjordes viktiga insatser av myndigheten – inte minst på normeringsområdet – för att stärka placerade barns trygghet och säkerhet. För min egen del blev arbetet på området den stora inspirationskällan till att något år senare först tacka ja till uppdraget att inrätta Ersättningsnämnden, och därefter att leda en statlig utredning med uppgift att se över tvångsvården för barn och unga.

SVENSKA DA

LÖRDAG 28 NOVEMBER

28/11 1992 • VECKA 48 • NR 324 • ÅRGÅNG 108 • TELEFON: 08-13 50 00 ★★

Socialstyrelsen vill åtala flera landsting

Utvecklingsstördas rätt till bostad nonchaleras

• Socialstyrelsen hotar att åtala tjänstemän och ansvariga politiker i bl a Kalmar landsting och Stockholms läns landsting för tjänstefel. Detta sedan utvecklingsstörda nekats sin lagstadgade rätt till gruppbostad.

En granskning hösten 1991 visade att landets landsting inte erbjuder utvecklingsstörda bostäder, sysselsättning och plats på korttidshem i enlighet med omsorgslagen.

Kartläggningen visade också att det inte hjälpte att överklaga till domstol eftersom landstingen i hela 241 fall struntat i att följa fällande domar.

Trots de allvarliga anmärkningar från socialstyrelsen som blev följden har landstingen ännu inte verkställt 165 domar. Sämst sköter sig Kalmar landsting som ensamt svarar för 46 fall. Sedan följer Västernorrland, Gävleborg, Jönköping och Jämtland. Landstingen hänvisar till minskade statsbidrag.

INRIKES/Sid 8

i LSS-lagen har betytt att människor som inte kan bo själva och som behöver stöd och hjälp fått möjlighet till självständighet.

1995 var assistansersättningen 2 miljarder kronor för att de följande tre åren ligga på cirka 4 miljarder. År 2015 hade totala kostnaderna stigit till 30 miljarder kronor, varav kommunerna betalade 4,4 miljarder. Antalet personer som fick assistans var första året cirka 5000 och 2017 knappt 20 000 varav nära 5000 beviljats av kommun. [131]

Ersättningen till assistenterna betalas av försäkringskassan men anställningen sker genom kommunen. Nuvarande regering har tillsatt en utredning för att göra en ”översyn av insatser enligt LSS och assistansersättning”. Tonvikt ligger på förbättrad tillsyn, kontroll, rättssäkerhet, förutsebarhet, besparingar och ekonomiskt hållbar utveckling. Vidare ifrågasätter utredningen det dubbla huvudmannaskapet. [132]

Äldreomsorg

Antalet personer 65 år och äldre

Allt fler blir äldre. 2007 var 901 896 kvinnor 65 år och äldre och 2016 hade siffran stigit till 1 064 412. Antalet män som 2007 var 65 år och äldre var 706 517 och 9 år senare 991 445.

År 1913 var medellivslängden för kvinnor 58 år och för män 56 år. 2016 var den 84 år för kvinnor och 80,4 år för män. Skillnaden mellan kommunen med den högsta och den lägsta medellivslängden var för kvinnor 6,4 år (Bjurholm och Norsjö) och för män 9,1 år (Danderyd och Överkalix). [133]

Drygt 181 600 över 65 år fanns i särskilda boenden 2016 och drygt 164 000 över 65 år har samma år minst en insats från hemtjänsten. [134]

Vid jämförelser över tid kan konstateras att rörelseförmågan hos personer 65 år och äldre i landet ökat påtagligt det senaste decenniet.

Nedsatt rörelseförmåga:		2007	2016
	Män	40%	15%
	Kvinnor	61%	13%

Antalet fallskador som krävt vård hos personer 80 år och äldre varierade stort. I den kommun som hade lägst antal var siffran 30 per tusen och i den med högst antal var siffran 80. [135]

Resurser i stället för behov får styra

Äldreomsorgen omfattade 1980 cirka 300 000 personer [136]. År 2010 var antalet i särskilt boende 94 000 och 2000 var det 87 900 [137].

”Tillgängliga resurser i stället för behov får styra, vilket är oacceptabelt. Det är fortfarande brister i medicinsk vård och omvårdnad. Vården i livets slutskede måste utvecklas. Vidare är brukarinflytandet för dåligt. Men Socialstyrelsen måste också bli bättre på att sprida kunskap om hur god äldrevård ska bedrivas och inte enbart peka på det som inte är bra”, sa Kerstin Wigzell i ett uttalande med anledning av vad myndigheten funnit i sin granskning av äldreomsorgen.

Många äldre på medicinkliniker

En rapport som regeringen begärt om sjukvård för äldre, bland annat om överbeläggningar på medicinkliniker, överlämnades 1994 till sjukvårdsminister Bo Könberg. Socialstyrelsen konstaterar, ”att medicinklinikerna generellt arbetar vid sitt kapacitetstak. Medelbeläggningen på årsbasis varierar mellan 75 och 123 procent. Det är svårt att finna ett samband mellan nivån på överbeläggningar, antalet tillgängliga sängar och hur många äldre det finns i befolkningen. Samarbetet mellan landsting och kommuner gnisslar många gånger, framför allt i storstäderna.” Tillämpningen av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård vid vårdplanering inför utskrivning av patienter från den slutna hälso- och sjukvården till den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerar dåligt. [138]

Under utvärderingen av Ädelreformen fann Socialstyrelsen också brister i informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Patienter ”hamnade mellan två stolar” vid byte av vårdform. Den information som den nya vårdgivaren behövde för att kunna ge en god och säker vård och omsorg nådde inte fram eller var inte tillräcklig. Socialstyrelsen tog därför fram Föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering 1996. Senare ersatt av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård.

En annan viktig författning är Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården som kom 1993, SOSFS 1993:17.

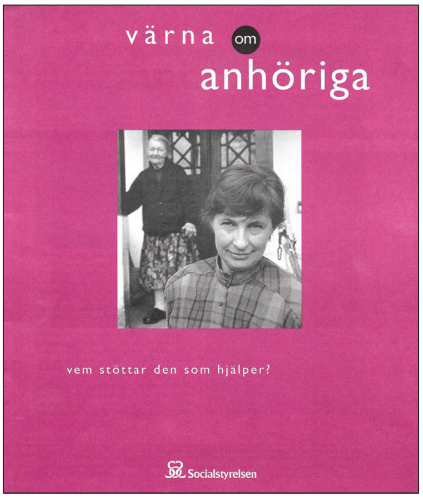
Tre rapporter om gruppboende

Under 1991 gav Socialstyrelsen bland annat ut tre rapporter om gruppboende för äldre:

I ”Dom passar på mig som vore jag en drottning” redovisas en studie av sju gruppboenden för äldre personer med demens. Där presenteras erfarenheter efter 2–4 år av bland annat hur omvårdnaden fungerar och lägenheters och gemensamma utrymmens utformning. [139]

I en annan rapport redovisar Socialstyrelsen och Boverket resultat från en av flera enkäter om gruppboende och gruppbostäder för äldre som genomförts på uppdrag av regeringen. Enkäterna besvarades av kommuner, primärvården, länsbostadsnämnder och intresseorganisationer. [140]

I en tredje rapport redovisas en sammanställning av forsknings- och utvecklingsarbete runt gruppboende för äldre. [141]



Anhöriga gör stor insats

Hemsjukvården växte kraftigt på 1990-talet och så har det fortsatt. En förutsättning för att den ska fungera är många gånger att det finns någon anhörig som har ansvaret. Många anhöriga till äldre med funktionsnedsättningar av olika slag kan uppleva situationen som att vara jour i hemmet 24 timmar per dygn. Och ständigt vara trött. Ibland kan situationen upplevas som övermäktig.

Efter rapportering om övergrepp mot äldre i hemmet gav Socialstyrelsen 1994 ut rapporten ”Övergrepp mot äldre i hemmet – ser vi toppen på ett isberg?” I en rapport fyra år senare lyfte myndigheten fram behovet av stöd till anhöriga som vårdar anhöriga i hemmet [142, 143].

Som ett led i Ädeluppföljningen tog Socialstyrelsen även upp de anhörigas insatser och stora roll. *Lennarth Johansson* var specialsakkunnig i äldrefrågor vid Socialstyrelsen under 1990-talet. I sin avhandling visade han att de anhöriga stod för omkring två tredjedelar av omsorgen till de äldre som bor hemma [144].

I anslutning till bland annat regeringens nationella handlingsplan för äldre fick Socialstyrelsen 7,5 miljoner kronor att fördela på projekt som riktade sig till anhöriga som vårdar. På mycket kort tid, ett knappt år, genomfördes 27 projekt över hela landet och många gick också över i permanent verksamhet. Goda exempel från olika delar av landet samlades i en skrift från Socialstyrelsen ”Värna om anhöriga. Vem stöttar den som hjälper?”. Den trycktes i 200 000 exemplar. [145]

Under 1999–2001 hade Socialstyrelsen också i uppdrag att dela ut stimulansbidrag för utveckling av anhörigstöd till kommunerna – ”Anhörig 300”. Samtliga kommuner tog fram handlingsplaner och Socialstyrelsen anordnade fem regionala konferenser för att sprida kunskap och erfarenheter från olika projekt. [146]

Många lever på marginalen

Så många som 130 000 ensamstående äldre (66+) hade en pension under socialbidragsnormen 1998. De upplevde att de ”lever på marginalen. Har svårt få den låga pensionen att räcka till”. Cirka 30 procent hade rätt till bostadstillägg men inte sökt. Av de 160 000 som hade hemtjänst, levde

Anhörigas börda ibland för tung

Medicinreportern *Anna Larsson* vid Sveriges Radios Ekoredaktion följde, i ett stort antal inslag i Sveriges Radio, bland annat upp Socialstyrelsens rapportering om hur Ädelreformen kom att utvecklas. Hon har även skrivit boken ”Med varmt hjärta och vässade klor – En bok för anhöriga till gamla och sjuka”. Med stor kunskap och djupt engagemang belyser hon på ett lättillgängligt sätt situationen för anhöriga till personer med stort omvårdnadsbehov. I bokens slutord skriver hon bland annat: ”Det både myllrar och mullrar i de breda anhörigleden och framtidens politiker kommer att få en stark och växande grupp att ta hänsyn till när man planerar för de äldre. Anhöriga behöver lagstadgade rättigheter för att kunna kräva hjälp när det blir för tungt.”

22 procent under socialbidragsnormen. Kostnaden för sjukvård och för läkemedel var ett problem för många.

Äldre och läkemedel

Stora brister vid förskrivning av läkemedel till äldre leder till att de utsätts för risker av olika slag, bland annat fallskador konstaterade Socialstyrelsen 1999. Många använder läkemedel de inte borde ha. Förskrivningsmönster för personer 75 år och äldre bör tas fram. På sjukhem bör uppföljning göras avseende bruket av antipsykotiska läkemedel, sömnmedel och lugnande medel.

Statistik över äldres läkemedelsbehandling 2007 visar att av förskrivna läkemedel hämtas 80 procent ut, 70 procent av dessa används och 50 procent av de 70 procenten används på rätt sätt. Det betyder att endast 30 procent används som det var tänkt. [147]

De äldres läkemedelsanvändning fortsatte vara ett problem även efter Ädelreformen. Brister påvisades i form av biverkningar på grund av onödigt många läkemedel, onödigt höga doser, eller olämpliga kombinationer av läkemedel. Socialstyrelsen har under de senaste tio åren gjort betydande insatser för att kartlägga läkemedelsanvändningen hos äldre, föreslå åtgärder, ge ut vägledningar, skärpa föreskrifter och ta fram webbutbildningar om läkemedelsbehandling och läkemedelsgenomgångar av äldre.

Underbehandling av smärttillstånd och oro visade sig vara andra vanliga problem. I början på 1990-talet berodde mer än var tionde inläggning av äldre på landets sjukhus på problem med användning av läkemedel. Detta är dock inte enbart ett problem i Sverige. Rapporter har visat samma bild i andra västeuropeiska länder.

Varje år blir cirka 35 000 äldre så sjuka av sina läkemedel att de måste få sjukhusvård. Enligt en Socialstyrelserapport ”Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – kartläggning och förslag till åtgärder” går det att förebygga runt 60 procent av sjukhusinläggningarna.

Av de äldre på 33 sjukhem använde 70 procent psykofarmaka som inte rekommenderades till dementa samtidigt som en stor del ”hade demens”.

I en uppföljande rapport, ”Läkemedel som kan öka risken för fallskador eller mag-tarmblödning hos äldre” definierades läkemedlen som ökar risken. Antidepressiva läkemedel lyftes fram. [148, 149]

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen har sedan år 2007 regeringens uppdrag att undersöka hur de äldre upplever äldreomsorgen. Uppdraget genomförs med hjälp av en årlig rikstäckande enkät till äldre med hemtjänst och i äldreboenden. På så sätt har man fått fortlöpande information om hur äldre uppfattar kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Resultat från den första enkäten publicerades 2008 och resultaten från 2017 publicerades 2018.

De tre första undersökningarna, 2008, 2009 och 2010, visar att de äldre är nöjda med hemtjänsten och äldreboende. Resultaten skiftar dock för de olika områdena som undersökts. Äldre inom hemtjänst har varit i stort sett nöjda med kvalitetsområdena trygghet i hemmet, bemötande och hjälpens utförande. Inom äldreboende har de äldre varit nöjda med trygghet i boendet, bemötande, vårdinsatser och boendemiljö.

Den entydiga bilden som träder fram i samtliga tre undersökningar är att äldre som uppgett ett dåligt självupplevt hälsotillstånd är mindre nöjda med hemtjänst och äldreboende än de som uppgett ett gott hälsotillstånd. Missnöjet med äldreomsorgen finns även bland äldre som har besvär med oro, ängslan och ångest, vilket var en ny hälsovariabel i 2010 års undersökning. Ett av kvalitetsområdena, som får lågt positivt omdöme i alla tre undersökningarna är social samvaro och aktiviteter; en av äldreomsorgens akilleshälar. [150]

I 2017 års undersökning deltog totalt 130 125 personer, varav 91 634 personer med hemtjänstinsatser och 38 491 personer som bor på särskilt boende. Totalt svarade 60 procent av dem som blev tillfrågade. Resultaten visar bland annat att:

- Personer i ordinärt boende med förskrivning av psykofarmaka och olämpliga läkemedel för äldre upplever sig ha stora besvär av ängslan, oro eller ångest.
- Personers upplevelser av hälsan och omsorgen ser olika ut beroende på diagnos och om den enskilde bor i ordinärt boende eller särskilt boende.
- Personer med fler beviljade hemtjänsttimmar än genomsnittet svarar i lägre grad positivt på frågorna om den egna hälsan och är mindre positiva till sin omsorg.
- Majoriteten av anhöriga som deltagit i undersökningen upplever samarbetet med personalen på det särskilda boendet som bra.
- 83 procent av anhöriga som deltagit i undersökningen är nöjda med den vård och omsorg som ges till deras närstående. När äldre svarar helt själva är 84 procent nöjda.

Resultaten visar genomgående på att det finns skillnader i upplevelserna om såväl den egna vården som omsorgen, beroende på om den enskilde bor i ordinärt boende eller särskilt boende. Rapporten ger dock inga svar på bakomliggande orsaker till att resultaten ser ut som de gör. [151]

Information om hemtjänst och äldreboenden i olika kommuner finns också i Äldreguiden, en webbplats med allmänheten som målgrupp. Äldreguiden ger en allmän vägledning och svar på de vanligaste frågorna. [152]

Tio års öppna jämförelser

I samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och med användande av statistik från Statistiska centralbyrån redovisade Socialstyrelsen 2017 öppna jämförelse från enkätstudier under tio år om hur äldre upplever äldreomsorgen [153]. Dessutom redovisas en del hälsodata. Genom att brukarnas enkätsvar redovisas på kommunnivå kan jämförelser göras. Vid en sammanvägning av enkätsvaren kan slutsatsen dras att flertalet äldre är nöjda eller mycket nöjda med den vård och omsorg de får av hemtjänst och i äldreboenden.

Vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen presenterade år 2010 de första nationella riktlinjerna för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Ett 40-tal experter

från hälso- och sjukvården och socialtjänsten gick igenom forskningsrapporter och enades om insatser och metoder som kunde rekommenderas i olika skeden av demenssjukdomen. Detta var underlaget till en systematisk kunskapsöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. [154]

Det går inte att bota en person med demenssjukdom. Sjukdomen orsakar ofta ett stort lidande under flera år både för den demenssjuke och för närstående. Risken att insjukna med demenssjukdom ökar med stigande ålder. Cirka 130 000–150 000 personer beräknas ha demenssjukdom i Sverige i dag. När det gäller antal nyinsjuknade saknas motsvarande forskning, men skattningar pekar på att antalet som nyinsjuknar per år är 20 000–25 000 personer. Antalet personer med demenssjukdom väntas öka kraftigt efter år 2020 då det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår hög ålder. [154, 155]

Det yttersta syftet med riktlinjerna är att ge personer med demenssjukdom och deras anhöriga vård, omsorg och stöd med hög kvalitet och möjlighet till ett bra och värdigt liv. Åtgärderna inriktas på att lindra symtom, underlätta vardagen och att på olika sätt kompensera för de funktionsnedsättningar som personerna drabbas av. Vård och omsorg vid demenssjukdom bör ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt som syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus.

Riktlinjerna innehåller också bedömningar av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

En utvärdering som Socialstyrelsens gjorde 2014 visade att riktlinjerna har fått ett stort genomslag inom landsting och kommuner. I så gott som alla landsting fanns vårdprogram eller andra riktlinjer som beskrev hur vården och omsorgen ska utformas. Omfattande utbildningssatsningar hade ägt rum och många verksamheter deltog i de kvalitetsregister som finns inom området. Begreppet personcentrerad omvårdnad, som är centralt i riktlinjerna, hade fått stort genomslag.

Socialstyrelsen kom i december 2017 ut med en uppdaterad version av riktlinjerna [156].

Kvalitet i vård och omvårdnad

Kvalitetsfrågorna kom allt mer i fokus under 1990-talet. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens satsning på årliga konferenser på temat kvalitet i vård och omvårdnad. Den första hölls i Berwaldhallen i Stockholm 1992. De följande åren behövdes större konferensanläggningar på grund av det stora intresset. 1995 var temat ”Omvårdnadens ledning och utveckling”. De följande årens teman”Tillfreds eller tillags? Patienters syn på vården” (1996), ”Vård i dialog! Den suveräne patienten – utopi eller verklighet?” (1997) och ”God vård värdigt slut” (1998) skulle lika väl kunna vara giltiga idag.

”Patienters syn på vård” var också titeln på den rapport som Socialstyrelsen gav ut 1997 med undertiteln ”En litteratursammanfattning”. Det var den första rapporten från den expertgrupp i omvårdnad som Socialstyrelsen inrättade hösten 1994. Författare var professor *Gerry Larsson*, högskolelektor *Bodil Wilde* och högskolelektor *Giggi Udén*.

Fototävling

Under det Europeiska äldreåret 1993 med temat Solidaritet inbjöd Socialstyrelsen till en fototävling på temat ”Gammal och ung – solidaritet mellan generationerna”. Uppdelad på en ungdomsklass och en allmän klass. De flesta bidragen skickades in av amatörfotografer. Många visade vårdens vardag och fest, i hemtjänsten, på servicehus och sjukhus. En hel del visade möten mellan släktingar från andra länder och möten mellan svenskar och invandrare. De bilder som juryn till sist valde bland hade alla en betydelse utöver det enkla återgivandet och att mänskligheten inte kan delas upp i åldersklasser, varje människa bär alla åldrar i sitt inre. Totalt valdes sju vinnare ut, en i ungdomsklassen och sex i den allmänna klassen. [157]

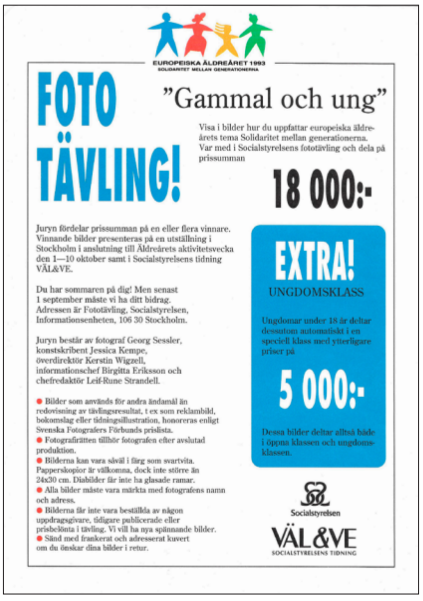

EUROPEISKA ÄLDREÅRET 1993
SOLIDARITET MELLAN GENERATIONERNA

FOTO TÄVLING!

”Gammal och ung”

Visa i bilder hur du uppfattar europeiska äldreårets tema Solidaritet mellan generationerna. Var med i Socialstyrelsens fototävling och dela på prissumman

18 000:-

Juryn fördelar prissumman på en eller flera vinnare. Vinnande bilder presenteras på en utställning i Stockholm i anslutning till Äldreårets aktivitetsvecka den 1—10 oktober samt i Socialstyrelsens tidning VÄL&VE.

Du har sommaren på dig! Men senast 1 september måste vi ha ditt bidrag. Adressen är Fototävling, Socialstyrelsen, Informationsenheten, 106 30 Stockholm.

Juryn består av fotograf Georg Sessler, konstskribent Jessica Kempe, överdirektör Kerstin Wigzell, informationschef Birgitta Eriksson och chefredaktör Leif-Rune Strandell.

- Bilder som används för andra ändamål än redovisning av tävlingsresultat, t ex som reklambild, bokomslag eller tidningsillustration, honoreras enligt Svenska Fotografers Förbunds prislista.
- Fotografritten tillhör fotografen efter avslutad produktion.
- Bilderna kan vara såväl i färg som svartvita. Papperskopior är välkomna, dock inte större än 24x30 cm. Diabilder får inte ha glasade ramar.
- Alla bilder måste vara märkta med fotografens namn och adress.
- Bilderna får inte vara beställda av någon uppdragsgivare, tidigare publicerade eller prisbelönta i tävling. Vi vill ha nya spännande bilder.
- Sänd med frankerat och adresserat kuvert om du önskar dina bilder i retur.

EXTRA!
UNGDOMSKLASS

Ungdomar under 18 år deltar dessutom automatiskt i en speciell klass med ytterligare priser på

5 000:-

Dessa bilder deltar alltså både i denna klassen och ungdomsklassen.

Socialstyrelsen
VÄL&VE
SOCIALSTYRELSENS TIDNING

Rapporten avslutas med två rekommendationer:

1. Planering, genomförande och utvärdering av denna typ av kartläggningar har ett tvärprofessionellt inslag och bör utföras i enlighet med detta.
2. Kartläggningar av patienttillfredsställelse bör genomföras med ett forskningsmetodologiskt inslag. [158]

Bitska ord från På håret

Inför radiosatirikernas nyårsrevy på Berns 1990 kunde man läsa följande i en dagspressannons:

”Socialstyrelsen vill pröva mjukare metoder i livets slutskede. Aktiv dödshjälp ersätts med passiv hemhjälp.”

Vård i livets slutskede

Professor *Yngve Larsson* ledde arbetet med att ta fram ett uppskattat allmänt råd om ”Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede” (1992:2). Från Socialstyrelsen medverkade *Birgitta Björck* och *Eva Lithander*. Bakgrunden till skriften var att medicinska, etiska och juridiska aspekter ivrigt diskuterats i bland annat fackpress och massmedia. En statlig utredning om vård i livets slutskede hade gett stoff till debatten. I allmänna rådet betonades nu vikten av individuell god omvårdnad av patienter i livets slutskede inklusive behandling av smärta och ångest. Något som även berörs är vätskebehandling som bör avbrytas om den svårt sjuka så önskar. En komplikation som tillstöter ska inte heller behandlas mot patientens vilja. Nu fick olika personalkategorier inom vård och omsorg vägledning vid svåra ställningstaganden vid vård av patienter i livets slutskede.

I regleringsbrevet för 1991 fick Socialstyrelsen i uppdrag att verka för att vården skulle minska bruket av vanebildande läkemedel. Det fanns stora regionala skillnader i bruket av dessa läkemedel. En misstolkning av denna information var att en del svårt sjuka, framför allt i livets slutskede, inte fick adekvat smärtlindring och läkemedel som lindrar ångest genom ett allt för restrikt förhållningssätt till sådan medicinering. Bland annat mot denna bakgrund gav Socialstyrelsen 1994 ut skriften God vård i livets slut – Kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. ”Ett värdigt avsked från livet” är en av de högt prioriterade rättigheterna inom vården enligt Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5). Socialstyrelsen hade även regeringens uppdrag att främja utvecklingen i landstingen och kommunerna av vården i livets slutskede.

Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner sammanfattades i en rapport 2006. Denna sammanställning utgjorde även rapport till regeringen. [159]

2011 gav Socialstyrelsen ut en handbok om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Som komplement till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling. [160]

Två tillsynsärenden inom äldrevården

Polhemsgården

Polhemsgården i Solna kritiserades den 11 december 1997 av Socialstyrelsen för att vårdgivaren inte klarat att erbjuda sina boende en acceptabel vård utifrån hälso- och sjukvårdslagens krav. Socialstyrelsen var mycket kritisk till att 84 sjukhemspatienter, varav många med mycket omfattande behov av vård och omsorg, överfördes från en kommunal enhet till Polhemsgården inom loppet av tio dagar. Viktig utrustning som tekniska

hjälpmedel och sjukvårdsmateriel saknades. Vårdpersonalen var för få utifrån de boendes vårdbehov. De saknade rutiner för sitt arbete och hade inte kunskap om de boendes behov genom att viktig information om de boende inte förmedlats.

Ansvaret fördelades både på Solna stad och ISS Care, som åtagit sig vården. Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) borde ha följt inflyttningen bättre och bromsat den, då problem uppstod. Även verksamhetschefen på ISS Care borde ha bromsat inflyttningen.

Ingen enskild anställd på Polhemsgården kunde lastas för att de boende inte fick vård utifrån sina behov. [161]

Frodegården

Efter en inspektion den 12 december 1997 ansåg Socialstyrelsen att situationen på Frodegården i Uppsala var otillfredsställande. Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska skrev till kommundelsförvaltningen att oacceptabla konsekvenser uppstått på boendet efter besparingsåtgärder. Det förelåg risk för undernäring hos de boende, för felmedicinering och för felaktiga medicinska bedömningar av patienterna. När det gäller nutritionen hade tre huvudmål lagts in inom åtta timmar av schematekniska skäl. Personalen hade inte tid att mata patienterna och de hade inte förmåga eller tid att analysera hur patienterna skulle kunna få i sig tillräckligt med mat.

Det dagliga patientnära arbetet genomfördes av självständiga grupper med vårdbiträden och undersköterskor – många av dem oerfarna vikarier. Sjuksköterskorna måste medverka mer än vad som var acceptabelt i det dagliga patientnära arbetet samt handleda och undervisa övrig vårdpersonal. Detta gjorde att de hade mycket svårt att hinna med sina egna uppgifter. På grund av gles personaltäthet riskerade de boende att långa stunder vara helt utan tillsyn.

Vidare påpekade Socialstyrelsen att det i demensboendet behövs regelbunden tillsyn av geriatriskt erfaren läkare. Endast 15 minuter hade avsatts för kontakt med geriatriker per vecka – otillräckligt. Detta hade bland annat medfört att dementa patienter fått för dem olämpliga läkemedel. Medicinering hade dessutom skötts av vårdbiträden och undersköterskor med risk för patientsäkerheten.

Socialstyrelsen krävde i sitt beslut att kommunen rättade till de påtalade missförhållandena och att man skulle följa upp att så skett. [162]

6. Sverige ett mångetniskt samhälle

Antalet utländska medborgare i landet var 1981 cirka 450 000. De flesta hade kommit från Finland, Jugoslavien, Grekland, Polen, Turkiet och Latinamerika. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning bildade detta år en referensgrupp med syfte ”att i förtroendefullt samarbete med invandrarorganisationer ge olika typer av information, bland annat om sexuellt överförbara sjukdomar och abort”. I referensgruppen ingick socialantropolog, psykiatriker, gynekolog, tolk, invandrarassistent och hemspråkslärare. Mot bakgrund av nya abortlagen från 1975 hade nämnden funnit det önskvärt med abortförebyggande information till invandrare. Genom att frågor om födelsekontroll, preventivmedelsanvändning och abort berör människan djupt är de även förknippade med könsroller, sexualitet och samlevnad. Eftersom sexualitet kan vara förknippat med tabu, skam och skuld kan det bädda för illegala aborter, menade man som utgångspunkt för arbetet. [163]

I rapporten ”Sverige som invandrarland” från 1981 skriver Socialstyrelsen att det nu finns 150 olika nationer representerade i vårt land och ännu fler kulturer. Mottagarbefolkningen bör se värdet av och acceptera den variation i levnadssätt som de olika invandrargrupperna har med sig. Myndigheterna måste bättre anpassa sig till invandrarnas situation och ha förståelse för deras levnadssätt. ”Vi lever i ett invandrarland”. [164]

I en rapport om invandrares situation, som Socialstyrelsen gav ut i samarbete med Folkhälsoinstitutet, Statens invandrarverk och Inrikesdepartementet 1998, står att det finns många hinder för att invandrare ska ha ett bra liv i Sverige och för att de ska komma in i samhället. Speciellt svår är situationen för kvinnorna.

Invandrare från Iran, Turkiet, Polen och Chile har sämre levnadsvillkor än svenskar. De är oroliga för sin framtid, för arbetslöshet, för barnens framtid, för ekonomi, för våld på grund av etisk tillhörighet. Detta grundar sig på intervjuer med 2000 invandrare från dessa länder som kom på 1980-talet och då var mellan 20 och 44 år. De säger vidare att brister i svenska språket är ett allvarligt hinder för att bli integrerade. [165]

Av de som beviljades svenskt medborgarskap under 2016 var 52 procent kvinnor. Kvinnorna utgör dessutom en större andel än männen för varje enskilt år under 2000-talet. Den enskilt största gruppen som bytte till svenskt medborgarskap under året var tidigare medborgare i Somalia. De stod för 15 procent av samtliga medborgarskapsbyten och näst vanligast var ett tidigare medborgarskap i Syrien som stod för 7 procent av bytena. [166]

Verksmöte mot rasism

”Socialstyrelsen vill med kraft markera sin avsky för den rasism som den senaste tiden märkts i Sverige.” För att manifestera verkets stöd till invandrare och flyktingar ordnades ett verksmöte den 21 februari 1992 för all personal och verkets styrelseledamöter. På programmet stod bland annat sång av Rinkeby Kids och tal av Juan Fonseca, föreståndare för Folkets Hus i Rinkeby. [167]

Fler kvinnor än män

Antalet personer som sökte och beviljades ett svenskt medborgarskap under 2016 var 60 343 personer, en ökning med 12 094 personer jämfört med 2015. Därmed passerade antalet utrikesfödda svenska medborgare miljongränsen då det totalt fanns 1 012 941 utrikes födda personer som var svenska medborgare i landet vid utgången av 2016.

Ensamkommande barn och unga

1988 skriver Socialstyrelsen till regeringen om att mottagandet av flyktingbarn måste förbättras. Detta skrivs utifrån rapporter från socialtjänsten i landet. Frihetsberövande av barnen måste förbjudas. Förläggningarna måste anpassas till barns behov. År 1991 fanns 1300 kända flyktingbarn utan föräldrar i landet.

Antalet gömda barn har minskat:1993 var 3500 barn efterlysta och 1998 var antalet 150. Enligt ungefärliga beräkningar fanns bland de papperslösa och gömda i Sverige 2000–3000 barn år 2010. [168] Se också s. 159 om ”Apatiska barn”.

Varje år söker barn och unga utan förälder eller annan vårdnadshavare skydd i Sverige. För personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård som möter dessa barn under 18 år finns sedan april 2017 ett stöd i Socialstyrelsens kunskapscentrum för ensamkommande barn. [169]

Centrumet vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Uppdraget omfattar ensamkommande barn och unga upp till 21 års ålder som söker asyl, har fått uppehållstillstånd, avslag eller vistas i Sverige utan nödvändiga papper.

Centrumets uppgift är att stimulera och förstärka kunskapsutvecklingen genom att:

- Samla och sprida aktuell kunskap.
- Tydliggöra hur lagar och regler ska tillämpas.
- Synliggöra insatser för att utveckla samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skola.

Att flyktingfrågan inte är ny visar också de många titlar som Socialstyrelsen gav ut i olika skriftserier i slutet av 1980- och början av 1990-talet. Allt ifrån Allmänna råd 1988:8 om Hälsovård för flyktingar och asylsökande till rapporter, till exempel:

- Flyktingbarnens behov av stödinsatser, Socialstyrelsen redovisar 1988:22.
- Att arbeta med flyktingbarn inom psykiatri och socialtjänst, PM 1988:37.
- Flyktingbarn i Sverige, SoS-rapport 1991:22.
- Så tar vi emot flyktingbarn i barnomsorgen. Några exempel. SoS-rapport 1991:34.

Socialstyrelsens vitbok

Vid en beskrivning av Socialstyrelsen och invandrarfrågor är det viktigt att också komma ihåg mörkare kapitel, där myndigheten fått ta på sig uppgifter som man helst vill glömma. De senaste 50 åren har Socialstyrelsen inte behövt förlänga uppehållstillstånd för invandrare, som var en uppgift från slutet på 1930-talet och under andra världskriget. Varje år skulle en blankett fyllas i med nationalitet och religionstillhörighet.

I samband med Socialstyrelsens arbete mot diskriminering 2014 publicerades boken ”Antiziganism i statlig tjänst”. I den granskas Socialstyrelsens och tidigare Medicinalstyrelsens behandling av romer och resande

Psykisk mobbning utan slut

Många av de utomnordiska zigenarna i Sverige har upplevt förtryck och social stämpling innan de invandrat hit. De svårigheter man möts av här i landet förstärker den tidigare uppfattningen att ”gaje” (icke-zigenare) inte vill ”rom” (zigenare) något gott. Det skrev *Lena Swanberg* i en artikel i Socialnytt nr 7, 1976, som handlar om den svenska zigenarpolitiken och det skeppsbrott som den lidit.

Svenska experter har redan i sin formulering av målsättningarna för arbetet bland utomnordiska zigenare varit låsta i en traditionell syn på zigenare. Expertgruppen har utgått från att zigenarna är en handikappad grupp människor istället för att se dem som människor med speciella förutsättningar. Skillnaden mellan dessa inställningar är avgörande för mottagandet av zigenarna i Sverige.

under 1900-talet. Boken presenterades i juni 2014 vid ett samrådsmöte med romer och resande kring myndighetens arbete mot diskriminering. Den är skriven av fyra oberoende författare: Niklas Westin, Simon Wallengren, Kati Dimiter-Taikon och Charles Westin.

”Boken är en viktig påminnelse om att gott uppsåt och samhällsnytta är begrepp som alltid är barn av sin tid. Idag vet vi att det som romerna och de resande utsattes för var stigmatiserande och kränkande. Vi måste vara vaksamma så att den verksamhet vi bedriver inte kränker individer eller olika grupper i samhället. Den medvetenheten behöver en myndighet som Socialstyrelsen alltid ha med sig i det dagliga arbetet”, sa Socialstyrelsens generaldirektör *Lars-Erik Holm* i samband med att boken publicerades.

I boken visar författarna via arkiverade remissvar och skrivelser att Socialstyrelsen var mycket aktiv och pådrivande när det bland annat gällde tvångssterilisering, inventering och tvångsomhändertagande av barn. Granskningen visar också att myndigheten drev en medveten linje och att detta inte var något verk av några enstaka personer.

Utifrån boken och de förslag som kommit fram vid samråd med romer och resande har Socialstyrelsen arbetat vidare med bemötandefrågor och mänskliga rättigheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. [170]

Vård som inte kan anstå

Hälso- och sjukvård av asylsökande, flyktingar och papperslösa har under åren varit en fråga som Socialstyrelsen fått ta ställning till. I juli 2013 jämställdes rätten till vård och tandvård för vuxna papperslösa med vuxna asylsökandes rätt till vård. Förutom ”vård som inte kan anstå” blev landstingen, enligt lagen om hälso- och sjukvård, till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, skyldiga att också erbjuda papperslösa personer mödrahälsovård, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, en hälsoundersökning samt läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmånerna. Även sjukresor, hjälpmedel, transport och tolk i samband med vårdtillfället omfattas. [171]

Omfattande utgivning

Socialstyrelsen har under åren gett ut en hel del skrifter för att förbättra och underlätta olika personalgruppers möte med personer från andra länder och kulturer. Några exempel:

- ”I utlandet Sverige. En presentation av kristna flyktingar från Mellersta Östern och Turkiet” som syftade till att ge olika personalgrupper ökad kunskap om och förståelse för invandrare och flyktingar och de förhållanden de kom från. [172]
- Rapporten ”Människan, livet och döden utifrån religionernas perspektiv (buddism, hinduism, islam, judendom och kristendom)” handlar om etniska minoriteters särskilda önskemål inför döden. Ett allmänt råd utfärdades också i ämnet, ”Inför döden”. [173]
- I ”Heder och skam – om sociala relationer i medelhavsområdet” skriver socialantropologen *Lisbeth Sachs* bland annat att ”invandrare tvingas omvärdera gamla regler och normer i mötet med det svenska

samhället”. Boken riktar sig till personal inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt vårdutbildare. [174]

- I ”Kurderna och Kurdistan” från 1984 beskrivs denna folkgrupps historia, religion, litteratur, musik, familjemönster och förtryck. Syftet med boken är ökad förståelse i mötet med kurder. [175]
- Boken ”Integrering – inte isolering” beskriver hur olika aktörer inom kommunerna samverkar för att skapa goda mötesplatser för invandrar- och flyktingbarnens föräldrar. Fem av de exempel som beskrivs i boken har också filmats av dokumentärfilmaren *Mats Brolin* och har samma namn som boken. [176]
- ”Tvärkulturell vård i livets slutskede”. Ett uppdrag Socialstyrelsen gav till *Valerie DeMarinis*. Boken gavs ut på Studentlitteratur 1998.
- Mångkulturell sjukvård. En lärarhandledning för läkarutbildningen. [177]
- ”Våra helger och traditioner”. [178]

Vid några tillfällen har Socialstyrelsen också medverkat i myndighetsgemensam information till flyktingar och invandrare. Bland annat 1978 i skriften ”Social trygghet i Sverige” som var en del i det så kallade Invandrarpaketet och 1985 i ett specialnummer av Invandrartidningen. [179, 180]

Information till föräldrar och personal

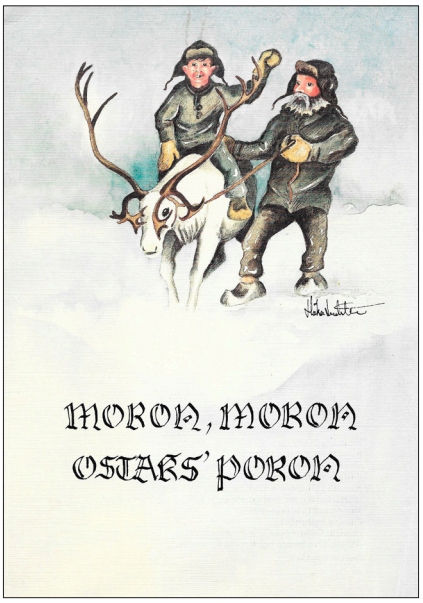
Medan Socialstyrelsen hade ansvar för barnomsorgsfrågor producerades en hel del material riktat till såväl personal som föräldrar. Det mesta översattes också till invandrarspråk. Några exempel:

- Här kommer jag från Turkiet.
- Invandrarbarnens rätt till sitt hemspråk i förskola och skola. I samråd med Skolöverstyrelsen och Nämnden för samhällsinformation.
- Invandrarbarn behöver fosterhem inom den egna språkgruppen (tillsammans med Statens invandrarverk).
- Sjaletten sitter i hjärtat – Barnomsorg Invandrarfamiljer Sexualsyn.
- Integrering – inte isolering. Även som videofilm.

Stor åtgång hade också broschyrerna ”Vaccinationskalender” och ”Tändernas vård” på 14 språk riktade till bland annat föräldrar.

Socialstyrelsen och flyktingbarnen 1991

Ur en artikel i SSR-tidningen nr 11, 1991 har vi klippt följande uttalande av *Rita Kahn*, som då hade flyktingbarn och socialbyråernas arbete med barn som bevakningsområde på Socialstyrelsen. ”Genom att samla in kunskap, bearbeta den och sedan föra den tillbaka ut har jag märkt att det faktiskt går att påverka utvecklingen. Detta har varit särskilt tydligt vad gäller flyktingbarnens situation. Deras förhållanden har faktiskt förändrats sedan jag började samla information om deras villkor. Genom vår kunskap påverkar vi både regering och departement och dem som arbetar på fältet. Kunskapsinsamlandet blir också ofta en förändring i sig.”



I Socialnytt nr 1, 1977 kunde man läsa om ett daghem i Rinkeby där de 154 barnen kom från 28 olika nationer och talade minst 28 olika språk. I samma nummer uppmärksammades vikten av att invandrarbarn får utveckla sitt hemspråk. Utgångspunkten var Socialstyrelsens skrift ”Invandrarbarnen i förskolan”. Utan hemspråket löper barnen stor risk att hamna i ”halvspråkighet” och har svårt att hitta sin väg i krocken mellan föräldrarnas bakgrund och allt det nya i det svenska samhället. [181]

Socialstyrelsen var tidigt ute med en bok på ett av Sveriges fem nationella minoriteters språk, tornedalsfinska (meänkieli) då man 1986 tillsammans med Länsskolnämnden i Luleå gav ut en samling tornedalska ramsor, visor, lekar, gåtor och sagor. Boken ”Moron, moron ostaks´poron” (”Gomorron, gomorron köp en ren”) hoppades man kunde vara ett hjälpmedel att socialt och språkligt gynna barns utveckling. Övriga fyra nationella minoriteter är judar, romer, samer och sverigefinnar.

Samiska barn ska ha tillgång till sitt språk och sin kultur klargör Socialstyrelsen på konferenser om samisk förskoleverksamhet 1985.

Filmen Sameblod med premiär 2017 (regissör *Amanda Kernell*) illustrerar den utsatthet och förnedring samer kunde möta för bara några decennier sedan.

7. Struktur, organisation och metoder i vård och omsorg

Från HS 80 till HS 90

Socialstyrelsens principprogram ”Hälso- och sjukvård inför 80-talet” (HS 80) presenterades 1976. Det var avsett som en avstämning och vägvisare i den förändring som ständigt pågår inom hälso- och sjukvården. Enligt programmet borde den framtida hälso- och sjukvården byggas upp kring de tre nivåerna primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. I juni 1978 beslöt Socialdepartementets sjukvårdsdelegation att principprogrammet behövde fördjupas och vidareutvecklas. Det nya principprogrammet förkortat HS 90 skulle belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga omfattning, inriktning, struktur och resurskrav under åren 1990–2000. Utredningsarbetet genomfördes inom Socialstyrelsen under ledning av generaldirektör Barbro Westerholm samt med avdelningschef *Gunnar Wennström* och byråchef *Göran Dahlgren* som projektledare.

HS 90-arbetet indelades i två etapper. Under den första etappen tog man fram översikter av vad man då kände till om bland annat hälsorisker, ohälsa, vårdbehov och vårdutnyttjande, hälso- och sjukvårdsplanering, behov och tillgång på personal samt internationella förhållanden.

I den andra etappen användes kunskapsöversikterna från etapp ett för att utarbeta planeringsunderlag och handlingsprogram för den framtida hälso- och sjukvården. Senast 1983 skulle handlingsprogram inom tre områden tas fram:

- Hälsopolitik och förebyggande insatser.
- Vårdstruktur.
- Personal- och utbildningsplanering. [182]

Dagmar 50

Dagmar 50 skulle stödja landstingens insatser för att öka kapacitet och tillgänglighet i vården. Projektet drevs som ett samarbetsprojekt mellan Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Socialdepartementet och Spri. Dagmar 50 avslutades vid årsskiftet 1991/1992. Arbetet har sammanfattats i rapporten ”Mer sjukvård för pengarna”. [183]

Claes Örtendahl var ordförande i Dagmar 50:s ledningsgrupp. Han var moderator på ett symposium på Svenska Läkaresällskapets Riksstämma 1992 där erfarenheterna från Dagmar 50-arbetet redovisades. I sitt inledningsanförande sa han bland annat:

”Under några år rasade kö-debatten. Vi upplevde att svensk sjukvård befann sig i kris därför att tiden fram till operation kunde vara två, tre eller fyra år. Sedan Dagmar 50 inleddes har köerna kortats dramatiskt. På sina håll finns nu inga köer utom dem man måste ha för att sjukvården

Socialstyrelsens yttrande

Avslutningsvis skriver Socialstyrelsen följande i sitt yttrande över Prioriteringsutredningens rapport (SOU 1993:93): ”Principen om ett effektivt resursutnyttjande och patientens behov poängteras och Socialstyrelsen instämmer i dessa bedömningar. Endast genom att utnyttja effektiva behandlingsformer och utmönstra ineffektiva sådana kan utrymme skapas för en fortsatt positiv utveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt måste man också acceptera att inom vissa områden bevisat effektiva behandlingsformer saknas men patienter ändå kan ha behov av insatser och omsorg som ges inom hälso- och sjukvårdens ram. I det fortsatta arbetet är det också nödvändigt att i större utsträckning beakta andra områden än hälso- och sjukvården för att uppnå en riskreduktion för framtida sjukdom och för tidig död. Till detta skall läggas att det största utrymmet för vård och vårdkvalitetsutveckling tillskapas genom en bättre och effektivare vårdstruktur.”

ska fungera praktiskt och effektivt. Dagmar 50 står dock inte ensam för denna bragd. Införandet av vårdgarantin och genomförandet av Ädelreformen har betytt mycket, liksom det kraftigt förbättrade samarbetsklimatet mellan olika parter i vården: mellan professionens olika delar, mellan olika kliniker i landet, mellan administratörer, professionella och politiker på läns- och regionnivå och mellan de ständigt smågnabbande centrala organisationerna.”

Prioriteringsutredningen

Prioriteringsutredningen fick sina direktiv i januari 1992 och lämnade sitt slutbetänkande Vårdens svåra val 1995 (SOU 1995:5) som regeringen förde vidare till riksdagen (Prop. 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården). Utredningen formulerade tre grundläggande principer:

- Människovärdesprincipen.
- Behovs- och solidaritetsprincipen.
- Kostnadseffektivitetsprincipen. [184]

Regeringen tillsatte också en delegation, Prioriteringsdelegationen, med uppdrag att sprida information och kunskap om riksdagens riktlinjer och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Delegationen skulle också utveckla metoder för uppföljning och värdera effekterna av riktlinjerna och ägna särskild uppmärksamhet åt äldre, funktionshindrade och andra grupper med svaga resurser. I uppdraget ingick också att följa samverkan mellan landsting och kommuner samt inhämta internationella erfarenheter. [185] Även om det var värdefullt att ha kännedom om hur diskussionerna gick och vad som sattes på pränt under prioriteringsutredningens gång hade den begränsat värde som stöd i uppbyggnaden och utvecklingen av tillsynen.

Teori och praktik

Ett problem var och är, att principerna är allmänt hållna samtidigt som det finns ett lagstadgat krav att prioritera vård och omsorg till dem som har de största behoven. I vilken omfattning lägre prioriteringsgruppers behov tillfredsställs avgörs i trängda lägen av vilka resurser hälso- och sjukvården förfogar över. I praktiken blir det oftast läkare och annan vårdpersonal som får hantera prioriteringsproblem i den kliniska vardagen. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd och olika kunskapsunderlag kan dock tillsammans med prioriteringsdelegationens slutbetänkande vara till stöd för chefer i vård och omsorg vid resursfördelning.

Under rubriken tillsyn föreslog prioriteringsutredningen bland annat att: ”Landsting och kommuner bör samverka med Socialstyrelsen i frågor som gäller utveckling av vården enligt de etiska grundprinciper och de preciseringar av kriterierna för god vård som utredningen föreslår.

Förtroendenämnderna bör fästa huvudmännens och i vissa fall Socialstyrelsens uppmärksamhet på förhållanden som inte är förenliga med de mål och krav som anges i hälso- och sjukvårdslagen och som inte rättas genom andra åtgärder”.

Primärvården

Först en kort återblick ur Den svenska allmänmedicinens historia av *Per G Swartling* (Läkartidningen nr 24, 2006). Provinsialläkarväsendet inrättades på 1600-talet. Tjänsten som provinsialläkare var statlig. Denne skulle besöka fattiga som var sjuka, övervaka befolkningens hälsa, upplysa om lämplig mat och dryck och ge råd om barnuppfostran. Länsläkarna skulle bistå länsstyrelserna i ärenden rörande sjuk- och hälsovården utom privat vård. Uppgiften var att övervaka sjukvårdens personal, sjukhus och apotek samt bevaka och agera vid epidemier i distriktet.

På 1950-talet var provinsialläkarväsendet inne i en svår kris. Arbetet var slitsamt och isolerat på enläkarstationer med stor bundenhet på grund av ständig jourtjänst. Det blev allt svårare att rekrytera unga läkare dit. Staten beslöt 1958 att succesivt övergå från enläkarmottagningar till två- eller flerläkarmottagningar. 1963 övertog landstingen ansvaret för provinsialläkarna, vilket fick stor betydelse för primärvårdens utveckling. Mot slutet av 1960-talet fanns endast ett tusental provinsialläkartjänster och av dessa var nära 40 procent vakanta.

Läkarna i den icke sjukhusanslutna vården har haft olika beteckningar genom åren som provinsialläkare, distriktsläkare, allmänläkare, läkare i första linjens sjukvård, husläkare.

Provinsialläkarmottagning blir vårdcentral

Socialstyrelsen tog 1968 fram ett principprogram för öppen hälso- och sjukvård med riktlinjer för en kraftig satsning på den öppna vården. Syftet var att avlasta den slutna sjukvården. De överväganden och förslag som fördes fram byggde på antaganden om ”att

- det medicinskt-tekniskt är möjligt att i framtiden överföra ännu mer av den diagnostik och terapi som idag är knuten till en sängvårdsplats på sjukhus till tekniskt och personellt väl avpassade öppenvårdsenheter för allmän och specialiserad medicinsk vård vid eller utanför sjukhus;
- i anslutning till en sådan omstrukturering skapas förutsättningar för en utbyggnad av hemsjukvårdsorganisationen, liksom av serviceinrättningar av det slag som nu finns inom den sängbundna sjukhusvården (hotellfunktionen, social omvårdnad, fysioterapi, rehabilitering, arbets- och sysselsättningsterapi m.m);
- en ökad samverkan mellan och samordning av hälso-, sjuk- och socialvård snabbt kommer till stånd;
- förekommande ekonomiska och formella hinder för reversibla flöden mellan olika vårdnivåer elimineras; samt
- ansvaret för och ledningen av sjukvårdsorganisationen inom

Tavlan ”Läkarbesöket” i Socialstyrelsens entré är målad omkring 1888 av Karl Aspelin (1857–1932). Motivet är sannolikt från Skåne, dit Aspelin flyttade 1888.
Tavlan tillhör Nationalmuseum men är deponerad på Socialstyrelsen.

ett geografiskt område anförtros ett beslutskapabelt ledningsorgan. Motsvarande bör gälla socialvårdsorganisationen där så med hänsyn till huvudmannaskapet är möjligt.” [186]

Ett år senare, 1969, kom Principprogram för öppen sjukvård II där förslagen sammanfattas tillsammans med en sammanställning av de synpunkter från remissyttranden som ansågs vara av störst betydelse för slutbedömningen. [187]

Socialstyrelsens öppenvårdsprojekt

För att i praktiken pröva och kunna visa praktiska exempel på den integration man strävade efter i den öppna vården drev Socialstyrelsen under några år öppenvårdsprojekt i Tierp och Dalby. Begreppet vårdcentral lanserades. År 1970 genomfördes den så kallade sjukronorsreformen, vilken innebar att patienten fick betala en fast avgift, till att börja med sju kronor för enklare åtgärder, till landstingen vid besök på vårdcentral och öppen mottagning på sjukhus. Läkarna fick inte längre betalt av patienterna utan fick fast lön från landstingen. Många patienter som länge haft kontakt med sjukhusens specialister hänvisades nu till provinsialläkare eftersom det ekonomiska incitamentet försvann. Denna överföring av patienter till öppna vården var i och för sig en önskvärd effekt av reformen. Problemet var bara att primärvården var kraftigt underdimensionerad för uppgiften. [188]

Primärvårdens bemanning och organisation

Provinsialläkartjänsterna omvandlades 1972 till distriktsläkartjänster. Under 1970-talet skedde en successiv distriktsindelning av primärvården med bestämda upptagningsområden. Invånarna hänvisades att söka ”sin” vårdcentral, vilket betydde begränsad valfrihet. Vårdlag bildades på vårdcentralerna bestående av distriktsläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, kuratorer. Även mödra- och barnhälsovård samt sjukhemmen ingick i varierande omfattning i primärvårdsorganisationen. Låt primärvården ta huvudansvaret för mödra- och barnhälsovården föreslår Socialstyrelsen 1983. Barnhälsovården inom primärvården måste utvecklas. Minst 30 procent av distriktsköterskornas tid bör ägnas åt barnhälsovård anger Socialstyrelsen 1987.

1985 fanns en allmänläkartjänst per 3200 invånare och en distriktsköterska per 1500 invånare i primärvården.

Av Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning 1989 framgår att antalet allmänläkartjänster nästan fördubblades under 1980-talet till 2900, men närmare en tredjedel av tjänsterna var vakanta eller uppehölls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. Bristerna var störst inom de glest bebyggda delarna av landet. Även 1999 är det stor brist på allmänläkare och hälften är över 50 år. Antalet allmänläkare under 70 år var 5 671 år 2013 och 6105 år 2014. [189]

Distriktsläkare blir husläkare

En husläkarreform föreslogs träda i kraft den 1 januari 1994 (prop. 1992/93:160 om husläkare m.m.). Den innebar att alla invånare i landet skulle få möjlighet att själva välja husläkare. Valet skulle inte begränsas till ett visst geografiskt område. Husläkaren skulle ”ansvara för mot-

tagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverka med andra service- och vårdgivare. Husläkaren skulle dessutom medverka till att egna verksamheten skulle kunna följas upp och utvärderas.” Förväntningarna på reformen var att en fastare relation mellan patient och läkare skulle ge förutsättningar för en helhetssyn som skulle underlätta diagnostik och behandling. Efterfrågan på sjukhusvården förväntades minska med möjligheter till omfördelning av resurser från sluten till öppen vård.

Den starka betoningen på läkaren i reformen gjorde att förutsättningarna för samverkan med framför allt distriktssköterskorna försämrades. På grund av vakanser och ett hårt tryck på husläkarna kunde inte patienterna i önskad omfattning komma till sin läkare. De blev besvikna och husläkarna stressade. Husläkarlagen ersattes 1995 med ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen om att landstingen skulle ge alla möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare (hälso- och sjukvårdslag 763:1982). Primärvården skulle nu svara för all medicinsk behandling inklusive omvårdnad, rehabilitering och förebyggande åtgärder som inte kräver sjukhusens resurser. Primärvården kom genom denna förändring inte längre att stå för en organisationsform utan en vårdnivå.

Under 1990-talet hade Socialstyrelsen 18 olika projekt i syfte att följa upp och utveckla primärvården. Uppföljningen visade bland annat att:

- Den svenska primärvården varierar mycket när det gäller resurser, bemanning och organisation.
- Vårdutbudet styr patienternas sätt att söka vård – mer resurser till primärvården ger fler besök.
- De äldre och kroniskt sjuka kan komma i kläm om produktiviteten får styra utformningen av vården.
- Dokumentationen av primärvården behöver utvecklas och tas tillvara för uppföljning, jämförelse och kvalitetsarbete.
- Allmänmedicinen bidrog till effektiv resursanvändning.

Socialstyrelsens granskning av primärvården i Jönköpings, Östergötlands och Sörmlands län 1997 visade ökande besöksvolymer samtidigt som besparingar skett. Inget av landstingen nådde dock riksdagens mål om en allmänläkare per 2000 invånare. Kompetensen var dock god och väntetiderna korta. Däremot fanns icke legitimerade läkare i jourarbetet. Då belastningen är mycket låg nattetid föreslog Socialstyrelsen ökad samjour nattetid som en lösning.

Primärvård i kommunal regi

Riksdagen antog 1991 lag (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård. Försöket pågick mellan 1992 och 1998 och kom initialt att omfatta sju kommuner. Syftet var att ”åstadkomma incitament inom systemen (hälso- och sjukvård och socialtjänst) för helhetsbedömningar, som bidrar till bättre hälsa och mer aktivt liv för hela befolkningen samtidigt som belastningen på samhällsekonomin minskar.” (prop. 1990/1991:121 om försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaansvar för primärvård m.m.). Sju kommuner utsågs till kontrollområden. I tre kommuner pågick försöket under alla åren.

Primärvården i Nationella handlingsplanen

I Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) kan man bland annat läsa följande: ”Genom att stärka primärvården i landstingen och primärvården i kommunerna för de äldre minskar den nuvarande obalansen mellan primärvårdens åtagande och dess resurser. Det övergripande syftet är att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. En central del är att tillse att alla invånare tillförsäkras tillgång till en egen vald läkare i primärvården – en familjeläkare.”

Socialstyrelsen fick i uppdrag att utvärdera försöket och skrev översiktligt i sin sammanfattning att primärvården inte påtagligt påverkades vad gäller kvalitet, kostnader, inriktning eller effektivitet utifrån vem som är huvudman. Socialstyrelsens slutsats var att permanent överförande av primärvården inte kan grundas på resultaten i denna studie, varför studien bör avslutas i sin nuvarande form. Om det finns fortsatt intresse för samverkan bör det ske i form av entreprenadlösningar i stället för ändrat huvudmannaskap. [190]

Lokal samverkan i åtta kommuner

SOCSAM var en försöksverksamhet med lokal samverkan mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst, som initierades 1994 (prop. 1993/94:205) och reglerades i lag (1994:566). Samordningen var såväl politisk som finansiell. Åtta av landets 289 kommuner deltog. Socialstyrelsen var representerad i ledningsgruppen. En slutrapport om försöksverksamheten lämnades gemensamt av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen till regeringen 2001. [191] I sammanfattningen kan man läsa: ”Det är tveksamt om SOCSAM har minskat de ingående verksamheternas samlade kostnader i någon större omfattning. Däremot har SOCSAM medfört övervägande positiva effekter med avseende på sjukpenning- och socialbidragskostnader samt utveckling av låga sjuktal. För generell tillämpning av erfarenheterna krävs lagändringar.”

Klassifikation av åtgärder inom primärvården

Klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården är nödvändigt, bland annat för att kunna följa upp och redovisa verksamheternas omfattning. Vid sidan av diagnoser, som framför allt används inom den slutna kroppssjukvården, finns klassifikation av läkemedel och kirurgiska ingrepp. Eftersom det inte fanns några brett använda internationella klassifikationer för åtgärder inom primärvården i Sverige på 1990-talet tog Socialstyrelsen fram sådana i samarbete med framför allt Centrum för Allmänmedicinsk Informatik, Svensk Förening för Allmänmedicin och Svenska Läkaresällskapet [192]. Klassifikationen var främst avsedd för distriktsläkarnas verksamhet men även användbar inom privat vård, företagshälsovård och hälsovård. Åtgärderna indelades i 16 grupper. Som exempel kan nämnas Psykisk status och Rörelseapparaten.

Analys av primärvården

Socialstyrelsen har gett ut årliga rapporter som analyserar hälso- och sjukvården. I 2007 års rapport belyses primärvården [193]. I rapporten konstateras att tillgängligheten till, bemötandet inom och förtroendet för primärvården har ökat över tid. Beträffande kroniska sjukdomar som diabetes, hjärtsvikt och astma finns god följsamhet till aktuella rekommendationer enligt läkemedelsregistret. Av data i nationella diabetesregistret framgår att fler når uppsatta mål. Däremot framkommer brister i läkemedelsbehandlingen av äldre, framför allt äldre svaga och demenda. Allt fler söker primärvården för psykisk ohälsa och primärvårdens möjligheter att ge kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård vid dessa problem är otillräckliga, konstaterar Socialstyrelsen.

En viktig fråga för primärvårdens framtid är hur den preciserar sitt uppdrag, bland annat vad gäller förbättrad samverkan med andra delar av vården, utveckling av ersättningssystem och hur man gör det möjligt att följa upp målen för sin verksamhet.

Vårdval

Enligt lagen om valfrihetssystem (LOV 2008:962) ska alla landsting ha infört vårdval, d.v.s. medborgarnas rätt att fritt välja vårdgivare i primärvården. Den 1 januari 2010 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting följa upp hur vårdval införts. Efter två år hade alla med undantag av Gotlands kommun erbjudit intresserade att ansöka om att starta verksamhet. Socialstyrelsen lämnade en slutrapport 2010. [195]

Det fanns variationer i åtagandenas omfattning enligt de ingångna kontrakten, framför allt då det gällde barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård och medicinsk fotvård. Mödrahälsovården ingick endast hos åtta av huvudmännen i kontrakten, medan alla utom två hade rehabiliteringen med. Flera huvudmän angav behov av att utveckla möjligheterna att följa upp och utveckla verksamheternas prestationer, kvalitet, ersättningar. Vidare fanns behov av att anpassa IT-systemen.

Fortsatt uppföljning

Andra exempel på Socialstyrelsens lägesbeskrivningar av primärvården:

- Tillgång till psykosocial kompetens inom primärvården (2007).
- Primärvårdens innehåll och kvalitet (2012).
- Primärvårdens ansatser och ansvar för de mest sjuka äldre (2013).
- Förskrivning av antidepressiva inom primärvården (2015).
- Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter (2015).
- Bemötande vid besök i primärvården (2015).
- Det stora antalet asylsökande har påverkat vård – framför allt primärvård och tandvård (2016).
- Hembesök inom primärvården (2017).
- Läkarbesök inom sju dagar i primärvården (2017).

Framtidens primärvård?

I *Göran Stiernstedts* betänkande Effektiv vård (SOU 2016:2) står att primärvården av olika skäl har svårt att klara uppdraget som första linjens sjukvård, bland annat multisjukas behov. Mot den bakgrunden föreslås att resurser förs över från den slutna kroppssjukvården till primärvården. För att tillmötesgå befolkningens behov föreslås vidare att:

- Primärvården ska vara tillgänglig dygnets alla timmar.
- Remisskrav införs för akut sjukvård vid sjukhus.
- Rätt till medicinsk bedömning ska ges inom tre dagar och behöver inte vara av läkare.
- Kommunerna ges rätt att ansvara för läkarvård.

Istället för införande av Patientansvarig läkare (PAL) föreslås ”teamkontinuitet”. Vidare föreslås att vid sidan av allmän primärvård införs riktad primärvård mot äldre med omfattande behov. [196]

Vårdanalys om primärvården

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har på regeringens uppdrag analyserat primärvårdens utveckling ur flera perspektiv. I en av rapporterna jämförs primärvården i landsting och regioner 2011–2015 utifrån en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård.

Det visar sig att det finns stora geografiska skillnader hur primärvårdens uppdrag formulerats, vilka verksamheter som ingår, var gränsen mellan primärvård och specialistvård går. Också när det gäller ersättningssystemen och vilka remisskrav som gäller finns det stora skillnader. Däremot fann man inga markanta skillnader i levnadsvanor och självskattad hälsa i olika landsting. De fyra ohälsosamma levnadsvanorna rökning, riskkonsumtion av alkohol, ohälsosamma matvanor och låg fysisk aktivitet har legat på 28 procent (på riksnivå) under hela perioden.

Primärvårdens resurser har under den undersökta perioden minskat i relation till annan hälso- och sjukvård. Påtagligt är vidare den stora variationen i primärvårdens andel av hela hälso- och sjukvårdens resurser. Den varierar mellan 15 och 22 procent. Läkartätheten varierar med 31 procent och bristen på fast personal har inneburit att man är beroende av hyrläkare, framför allt i glesbygd.

Antalet besök i primärvården per invånare har minskat med knappt nio procent på nationell nivå sedan 2011. Kostnaden per besök i primärvården har i genomsnitt ökat med åtta procent i fasta priser mellan 2011 och 2015. Det innebär att produktiviteten i primärvården minskat. Men skillnaderna mellan landstingen är stora. Förtroendet för primärvården är svagt bland befolkningen och har legat på drygt 60 procent de senaste åren. [194]

God och nära vård

Utifrån *Anna Nergårdhs* utredning God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som framför allt berör den öppna vården och primärvården:

- Hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen. Om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat får vården koncentreras geografiskt. Hälso- och sjukvården ska i första hand ges som öppen vård.
- Primärvården ska vara lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök.
- En medicinsk bedömning ska göras av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

I Anna Nergårdhs andra delbetänkande Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39) som lämnades till regeringen den 1 juni 2018 föreslås att staten ska finansiera specialistutbildning för 1 250 allmänläkare under en 9-årsperiod. Primärvården ska vidare vara tillgänglig mellan kl. 7 och 22. Förslaget beskrivs leda till en genomgripande reform i vården där primärvården är navet. Det är den första vårdnivån dit människor ska vända sig. För att lyckas ställs krav på att primärvården har tillgång till mer än läkarkompetens. Utredningen föreslår även nationella samråd om genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. år 2027. [197, 198]

Ädelreformen

Många gamla på sjukhus och ålderdomshem

I början av 1960-talet vårdades äldre på landstingens långvårdsenheter och sjukhem, på ålderdomshem och på akutsjukhus. Äldre människor med olika typer av demens vårdades i viss omfattning på mentalsjukhus. På ålderdomshemmen kunde man tvingas dela rum med annan åldring i åratal, fick ibland inte bära egna kläder och kunde inte välja mat. Det var framför allt på de internmedicinska klinikerna de äldre hamnade, först akut men kunde sedan bli kvar i många månader. Det kunde hända att gamla förvirrade personer hamnade på samma avdelning som akut svårt sjuka patienter. Mer än 100 000 vårdplatser var upptagna av gamla inom den somatiska och psykiatriska akutsjukvården utan att de var i behov av sådan vård. Ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstingen var oklar. Tvister uppstod. Detta var i stora drag bakgrunden till Ädelreformen som trädde i kraft den 1 januari 1992.

Tjugo procent av landstingens resurser till kommunerna

Socialstyrelsen fick i uppdrag att dels medverka till att reformens intentioner förverkligades, dels att följa upp genomförandet av reformen. Cirka en femtedel av landstingens samlade resurser – drygt 20 miljarder kronor – fördes över till kommunerna [199]. Staten bidrog med tre miljarder kronor i stimulansbidrag för utveckling och förnyelse av särskilda boendeformer. Kommunerna övertog ansvaret för cirka 500 sjukhem med sammanlagt 38 500 vårdplatser och nästan lika många anställda. Antalet

färdigbehandlade patienter minskade påtagligt på medicinklinikerna. Antalet vårdplatser inom hela akutsjukvården minskade med nästan 40 procent på fem år.

Avtalen mellan landsting och kommuner kom i de flesta fall att tecknas ganska snabbt. Men i några fall kärvade förhandlingarna mellan kontrahenterna, varför Socialstyrelsen fick lägga tryck på ansvariga att komma till skott. En sammanfattande bedömning var dock att själva genomförandet av reformen blev väsentligt mindre problematisk än vad som befarats.

De äldres behov långt ifrån alltid tillgodosedda

En objektiv analys av i vilken omfattning äldres behov verkligen tillgodoses måste göras i kommunerna, skrev Socialstyrelsen i sitt sammanfattande omdöme om reformen 1994. Den medicinska kvaliteten och säkerheten är inte tillräckligt god. Den måste bli bättre. Arbetsterapeuternas roll måste tydliggöras. Samarbetet mellan landstingen och kommunerna behöver på många håll förbättras. Huvudmännen sparar in för mycket på den medicintekniska utrustningen. Vidare konstateras att kostnaden för äldreomsorgen har fördubblats på tio år. [200]

Tre år efter att reformen sjösatts hade ungefär 300 000 personer vård och omsorg i form av hemtjänst i egna bostaden, sjukvård i hemmet eller i särskild boendeform. Av dessa bodde 136 000 i särskilda boendeformer och 164 000 hade social hemtjänst. Av dem som fick social hemtjänst var ungefär 80 procent ensamstående.

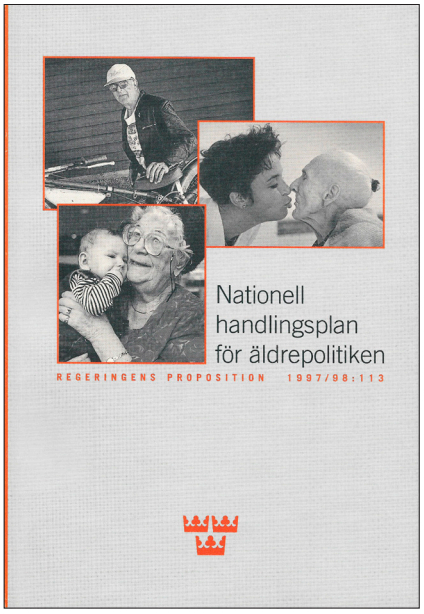
Hur fungerade då de särskilda boendena, som olika vårdformer för äldre nu kom att heta? Fem år efter genomförandet (1997) fann Socialstyrelsen betydande brister i äldreomsorgen. Som man kunde förvänta sig var sjukvårdsbehoven mycket stora i de särskilda boendena och även i hemmen. Landstingen ersatte inte den reducerade akutsjukvården i tillräcklig omfattning. Insatserna från primärvården är förvånansvärt begränsade, konstaterade Socialstyrelsen. Färre fick hjälp och den sociala servicen till äldre minskade. Sociala inslag i hemtjänsten som tid för samtal eller promenader blev ovanliga. Den kommunala ledningen hade ofta inte anpassat verksamheten efter de nya behoven. Vidare konstaterade Socialstyrelsen brister i den direkta ledningen både på kommunnivå och på plats i boendena. Otillräckliga utbildningsinsatser för berörd personal var ytterligare ett problem. [201]

MAS granskar vården i kommunerna

Genom ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen ska Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor (MAS) finnas i varje kommun med ansvar för att granska vården av gamla och rapportera missförhållanden till Socialstyrelsen. De fann bland annat brister i hantering av läkemedel i form av att fel medicin delades ut och att för höga doser gavs. Dessutom dokumenterades inte alltid givna läkemedel, fel dos skrevs in och till och med på fel patient. Mot denna bakgrund startade Socialstyrelsens regionala enheter utbildningar 1993, vilka visade sig få effekt.

Problem med dokumentation och vårdplanering

Vid inspektioner konstaterade Socialstyrelsen att det fortfarande fanns stora problem då det gäller vårdplanering och informationsöverföring



I Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) föreslår regeringen att äldre ska

- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende
- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- bemötas med respekt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

mellan olika vårdgivare. Dokumentation var ett annat problemområde. Patienter flyttades mellan olika vårdgivare i livets slutskede i en omfattning som är helt oacceptabel. Under 1994 avled 235 personer över 65 år inom två dagar efter utskrivning från sjukhus. Informationen mellan vårdgivarna när patienten flyttas fungerade inte.

Informationsöverföring och samordnad vårdplanering har fortsatt vara ett problem i vården. [202]

Särskilda boenden får läkemedelsförråd

Genom Ädelreformen kom de tidigare sjukhemmen att omvandlas från sluten sjukvård till öppen sjukvård. Det innebar att de boende själva skulle ansvara för att de fick sina läkemedel från apotek och själva betala för dem. På så sätt övergick kostnaden för vården delvis till individen själv/kommunen. Samtidigt kom äldre att i ökad omfattning lämna sjukhusen med betydande såväl omvårdnads- som sjukvårdsbehov. Personer med svåra sjukdomar och med demens hade stora svårigheter att klara sin medicinering. Men något lagstöd för att inrätta läkemedelsförråd fanns inte. Mot denna bakgrund föreslogs i betänkandet om den nya läkemedelsförmånen att landstingen skulle få inrätta förråd innehållande de flesta av de läkemedel som de boende behöver (fullständiga förråd) på enheter där svårt sjuka eller dementa bor. Vidare skulle landstinget stå för kostnaderna för läkemedlen. [203]

Mer att arbeta med efter fyra år med Ädel

I Socialstyrelsens slutrapport efter fyra år med Ädel konstateras bland annat

- Ädelreformen har skapat möjligheter att lösa många av de problem som tidigare kännetecknat vården och omsorgen om de äldre.
- Väsentligt färre medicinskt färdigbehandlade finns på medicinkliniker.
- En snabb utbyggnad av gruppbostäder för dementa har skett.
- Hemsjukvården är splittrad. Läkarinsatserna i äldreboendena är otillräckliga.
- Organisationen av hjälpmedel är ineffektiv.
- Kompetensbehovet är mycket stort, kräver omprövningar. Satsning bör göras på utbildning på alla nivåer inom äldreomsorgen.

Då personer i äldreboenden har fler tänder kvar måste tänderna skötas. Speciellt behöver munvården hos dementa lyftas. Tandstatus ska ingå i läkarnas undersökning av patienterna och dokumenteras i journalen, vilket långt ifrån alltid sker.

Totalt gav Socialstyrelsen ut 55 rapporter under uppföljningen av Ädelreformen åren 1992–1996. En förteckning över allt material finns i slutrapporten om Ädelreformen. Det femåriga regeringsuppdraget manifesterades också med en konferens, ”Idel Ädel Äldreomsorg” den 10 och 11 april 1996. [204]

”Socialstyrelsen måste bli bättre på att sprida kunskap om hur god äldrevård ska bedrivas och inte enbart peka på det som inte är bra”, sa Kerstin Wigzell i ett uttalande i anslutning till att myndigheten lämnade slutrapporten till regeringen den 9 april 1996.

Statligt stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering

Mot bakgrund av att Socialstyrelsen vid uppföljning av Ädelreformen noterat stora ojämlikheter i hur mycket resurser som var avsatta för habilitering och rehabilitering i landet beslöt regeringen 1993 genom tillägg i hälso- och sjukvårdslagen att landsting och kommuner fick en skyldighet att erbjuda habilitering och rehabilitering. För ändamålet avsattes även särskilda statliga medel, 425 miljoner kronor per år i fyra år (1994–1997) för att påskynda utvecklingen. Bidraget skulle användas för att bygga upp och utveckla verksamheter som långsiktigt kunde finansieras av huvudmännen själva. Samverkan med Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och handikapporganisationer betonades. En del av bidraget skulle användas för specifik verksamhet på regional och nationell nivå, bland annat för att bygga upp ny verksamhet inom eftersatta områden. I propositionen betonades att del av bidraget skulle användas till att utveckla stödet till små och mindre kända handikappgrupper. Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa upp och redovisa uppdraget till regeringen.

Hur gick det då? 1881 projekt sattes igång. Man kunde konstatera att bidraget lett till en ökad medvetenhet om behovet och nyttan av habilitering och rehabilitering. Initialt var det dock trögt att få in ansökningar som var framåtsyftande och innovativa. Det var även svårt att få fram samverkansprojekt mellan landsting och kommuner, som var en av intentionerna med bidraget. De lovvärda projekt som ändå kom i gång under de fyra åren lades i många fall ned, då bidraget drogs in och huvudmännen skulle ta över det ekonomiska ansvaret. [205]

En för många viktig bestående effekt av projektet var upprättandet av en databas om ovanliga diagnoser på Socialstyrelsen. (Se s. 133.)

Psykiatrireformen

Riskfyllda behandlingar

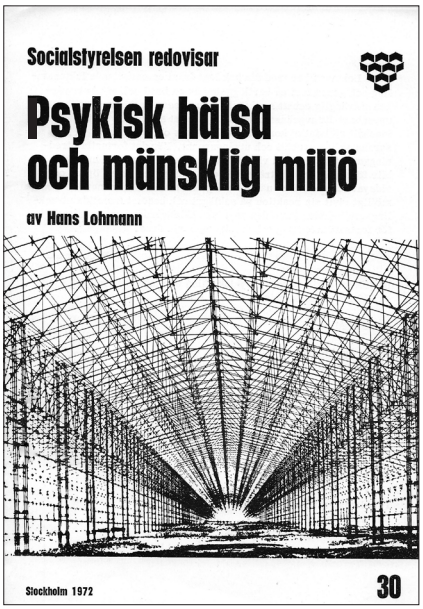
Före 1950-talet fanns få effektiva behandlingar utan påtagliga ogynnsamma effekter vid behandling av psykisk sjukdom. Psykoterapi, som introducerades i Sverige på 1930-talet, kan ses som ett undantag. Lobotomi gav personlighetsförändringar, insulinbehandling var riskabel; den kunde skada hjärnan allvarligt. Elbehandling användes inte alltid på adekvat indikation. (En utvecklad form av elbehandling används numera vid djup depression.)

Läkemedel revolutionerar psykiatrin?

Under 1950-talet introducerades läkemedel mot psykos i landet. Under nästa decennium kom läkemedel mot depression, ångest och manodepressiv sjukdom. Dessa läkemedel gjorde att de sjuka själva på ett nytt sätt kunde medverka i habilitering och rehabilitering tillsammans med psykologer, kuratorer och arbetsterapeuter. Vid sidan av psykoterapi kom kortare beteendeterapier och KBT (kognitiv beteendeterapi) att få en större plats. Socialpsykiatri, där omgivningens påverkan lyftes fram som orsak till psykisk insufficiens var ytterligare en gren av psykiatrin.

Lite begreppshistoria

Vården av psykiskt sjuka i Sverige var länge en statlig angelägenhet. Fram till 1959 var sinnessjukvård den officiella termen för omhändertagandet av psykiskt sjuka människor. Därefter ersattes termen av mentalvård, som slopades 1966. Sedan dess heter det psykiatrisk vård. Framför allt under 1960- och 70-talen fanns psykiatriker som menade att psykisk sjukdom var en reaktion på ett sjukt samhälle.



Mentalsjukhusen har satt tvångströja på utvecklingen

”Problemet för den svenska psykiatrin är att gammalt och nytt måste fungera sida vid sida. Vi har fortfarande omkring 20 000 platser vid fristående psykiatriska lasarett. Det är en kvarleva från den tidigare stora satsningen på sluten vård. Det dystra läget framgår också av att det 1976 fortfarande fanns totalt 4 500 vårdplatser i sovsalar avsedda för minst sex patienter. Och 10 000 då inskrivna patienter har vistats tio år eller mer på psykiatrisk institution.” Det säger byråchefen vid socialstyrelsens byrå för psykiatrisk sjukvård, *Olle Östman*, i Socialnytts petitanummer 1980/81. ”Det finns en aktiv behandlingsinställning och optimism bland vårdpersonalen, men tyvärr tvingas man stöpa sina arbetsformer efter de institutioner som finns.”

En ideologisk debatt startade på 1960-talet. Vad är egentligen psykisk sjukdom? Vilken evidens finns för de olika behandlingsformernas värde? Finns ett överutnyttjande av läkemedelsbehandling?

En diskussion fördes bland annat om samhällsmiljöns inflytande över den psykiska hälsan och efter flera motioner i riksdagen om att inrätta ett statligt institut för psykisk hälsa beställde Socialstyrelsen en utredning av läkaren och författaren *Hans Lohmann*. Det blev en tjock bok med titeln ”Psykisk hälsa och mänsklig miljö” med mängder av källhänvisningar i form av fotnötter [206]. I förordet skrev Bror Rexed bland annat: ”Hans Lohmann har med sin bok lagt fram en omfattande faktasamling och genomfört en kartläggning av en bred och mycket svårgenomtränglig debatt som förts kring dessa problem. Det är uppenbart att avgränsningarna är mycket svåra och att bokens innehåll självklart kommer att bedömas olika beroende på läsarnas skilda synsätt och utgångspunkt.”

Avveckling av mentalsjukhusen

År 1967 fanns 36 000 patienter inskrivna inom sluten psykiatrisk vård, varav 75 procent på landets mentalsjukhus. Det var det högsta antalet någonsin. Många var inlåsta i onödan; de var inte våldsamma. I samband med ny socialtjänstlag 1982 fick kommunerna ökat ansvar för att tillgodose psykiskt störda personers behov. En projektgrupp inom Socialstyrelsen skrev 1982 i rapporten ”Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus”, att avvecklingen av vårdplatserna på mentalsjukhusen måste ske i snabbare takt och att utbyggnad av alternativa vårdformer måste ske inom få år. [207]

Mellan 1967 och 1997 minskade antalet inskrivna på mentalsjukhus med 28 000. En inhuman vårdform avvecklades successivt och år 2000 var samtliga mentalsjukhus stängda. Nya bra mediciner och andra verksamma behandlingar hade på ett drastiskt sätt förbättrat möjligheterna för en stor grupp människor att få ett bättre liv. Men alla fick inte ett gott liv utanför mentalsjukhusens murar. Överdödlighet, självmord och misär drabbade en del av dem som skrevs ut. Psykiskt sjuka missbrukare var en särskilt sårbar grupp. Ett problem för en del som lämnade anstalterna var att de saknade utbildning, var passiviserade och ovana att ta egna initiativ.

Personer med psykisk ohälsa ska integreras i samhället

Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) visade att personer med psykisk ohälsa hade mycket dålig samverkan med övriga samhället jämfört med andra svaga grupper. År 1994 beslutade därför riksdagen att den så kallade psykiatrireformen skulle träda i kraft den 1 januari 1995. Syftet var att de med psykisk störning, ett begrepp som nu introducerades, i högre grad skulle bli delaktiga i samhället. Genom olika stödinsatser skulle de ges möjligheter att leva ett gott liv. Kommunerna skulle ordna gruppbostäder, terapilokaler, meningsfull vård och sysselsättning i enlighet med 1982 års socialtjänstlag.

Socialstyrelsen följer upp

Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa upp reformen och att förmedla statliga stimulansmedel. Drygt tre år efter att den införts, konstaterade Socialstyrelsen att processer är igång för att utveckla psykiatrin, men inte

”

Lena Steinholtz Ekecrantz: **Viktigt dokumentera patienternas upplevelser**

I mitten av 1990-talet startade psykiatrireformen i Sverige och Socialstyrelsen fick uppdraget att utvärdera den. På våren 1996, blev jag ditkallad som nydisputerad med en avhandling om ”Patienternas Psykiatri – en studie av institutionella erfarenheter” i bagaget. Patienternas perspektiv är i centrum i avhandlingen. Under åren med Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen fick jag fortsätta att ta reda på, genom bl.a. intervjuer och möten i olika sammanhang, vad patienter/klienter upplever/har upplevt i sina möten med psykiatrin och socialtjänsten. Ett arbete som passade mig som hand i handske!

Vilken entusiasm inom verket och över hela landet jag fick uppleva! Det var ingen tvekan om att det var viktigt att dokumentera patienternas upplevelser av vård och bemötande. Deras perspektiv skulle också ställas i relation till den bemötande personalens – inom landsting och kommun – berättelser om behandling, kommunikation mellan vårdgivarna och interaktion med brukarna. Resor genomfördes till olika delar i landet för att samla material om detta. Vi var flera som reste kors och tvärs genom Sverige för att få en så allsidig bild som möjligt av patienters/klienters och personalgruppers berättelser om läget inom psykiatri och socialtjänst.

Parallellt med detta arbete startade försöksverksamheten ”Personligt ombud” på tio olika orter i landet. Dessa tillkom för att understryka patientens/klientens rätt och möjligheter att tillsammans med kompetenta personer driva sin syn på vad som skulle kunna åstadkomma viktiga förändringar i livet, i huvudsak utanför institutionerna. Denna verksamhet dokumenterades under flera år, och åtskilliga rapporter skrevs om de positiva erfarenheter som uttalades av patienter/klienter och de personliga ombuden. Olika brukar- och anhörigföreningar var involverade i utvärderingsarbetet och självklart med i ledningsgrupperna för Personligt ombud-verksamheterna.

En annan studie med brukarperspektiv var att inventera i vilken omfattning brukarinflytande förekom genom brukarråd och brukarrevisioner inom verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.

Jag var också under flera år ”ständig” sekreterare i Socialstyrelsens råd för etiska frågor . Där fick jag upprepade bevis för att patientens/klientens röst och upplevelser av bemötandet i vården var viktigt. Sammansättningen av nämndens experter var allsidig, vilket betydde mycket när beslut skulle fattas eller råd lämnas om vad som var bäst för brukarna.

överallt. Inventering visade att målgruppen för psykiatrireformen var av storleksordningen 40 000–46 000 personer. Andelen psykiskt funktionshindrade var betydligt större i storstäderna än i övriga landet. Det fanns stor oro för att projekt som kommit igång kom att läggas ner när stimulansmedlen försvann. Främst gällde det projekt med inriktning på personligt ombud, kamratstöd och olika föreningsdrivna verksamheter. [209]

Fortsatta utvärderingar av reformen visade att många som bedömts som medicinskt färdigbehandlade i psykiatrisk slutenvård behövde fortsatta vårdinsatser från den psykiatriska slutna vården och öppenvården samt primärvården, samtidigt som socialtjänsten skulle ge sociala insatser. Begreppet färdigbehandlad uppfattades som alltför vagt. ”Ger inte tillräcklig vägledning för vilka fortsatta vårdbehov som behövs.”

Risken att bli vräkt var större än för andra grupper i samhället. Framför allt psykiskt störda missbrukare riskerade att bli hemlösa. Särskilda resurser för boendestöd behövdes.

Utskrivna från mentalsjukhus blev ”uteliggare”

En del mentalpatienter är ännu i dag bostadslösa och finns som ”uteliggare”, framför allt i storstäderna. En del av dessa har hamnat i missbruk och kriminalitet. ”Samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin har långt ifrån alltid fungerat väl, ibland helt saknats. Andelen långtidssjuka med psykiatrisk diagnos har ökat från 18 procent 1999 till 40 procent 2016; nära 90 000 är förtidspensionerade eller har sjukbidrag på grund av psykiatrisk diagnos.”

Råd för etiska frågor

Socialstyrelsens råd för etiska frågor bildades på 1990-talet. Det är ett internt rådgivande organ där myndigheten kan diskutera etiska frågor om hälso- och sjukvård, socialtjänst och smittskydd. Frågorna kan röra individens rätt i relation till samhällets behov av kontroll. Några exempel på frågor från tidigare år: ”Är det legitimt att frihetsberöva HIV-smittad person?” (Frågan betraktas väl närmast som absurd i dag men så var det inte i början av 1990-talet.) ”Finns lagstöd för att låsa dörrarna på enheter som vårdar dementa, som kan förirra sig och inte hittar tillbaka?” (Så småningom kom kodlås som en lösning, som uppenbarligen anses legitimt.) ”Kan blodprov för att avslöja narkotiska medel inklusive hasch tillåtas på en industri där maskiner med värde på många hundra miljoner kan gå till spillo om den ansvarige inte är alert, observant?”. ”Har föräldrarna rätt att läsa en 16-årig dotters journal med motivet att de misstänker att hon genomfört abort, vilket hon förnekar?” [208]

Konsten en bruksvara

Redan 1971 uppmärksammade Socialstyrelsen konstens betydelse som förmedlare av kunskap om den värld vi lever i. Det var i en specialbilaga till verkets tidning Socialnytt med titeln ”Konsten en bruksvara – i socialt arbete”. ”’Konst’, eller för att använda en tyngre benämning, ’kulturella aktiviteter’ får inte längre vara några fås rättighet. Film, litteratur, teater, musik, bildkonst och utställningar är alla viktiga förmedlare av kunskap om den värld vi lever i; de kan bidra till att vår egen invanda föreställning om verkligheten vidgas, att vi bättre lär oss förstå andra människor och deras sätt att leva. Konsten är också en viktig förmedlare av social information och det är främst mot den bakgrunden som Socialnytt i samarbete med socialstyrelsens hälsovårdsupplysningsdelegation (HVUD) har gjort denna specialbilaga. Vi vill visa på några nya sätt att informera – och att ’tala’ med varandra.” (Socialnytt, Specialbilaga nr 2/71)

Mot denna bakgrund skriver *Elisabet Arborelius,* präst och legitimerad psykoterapeut att ”insatserna bör vara individinriktade och inte bestå av generella behandlingsprogram”. (Psykiskt ohälsa är inte en fråga om vi och dom, Svenska Dagbladet 10 september 2017)

Den psykiatriska öppenvården underdimensionerad

Omprövning av diagnos och av läkemedelsbehandling när det gäller preparat och dos blev inte tillfredsställande då mentalsjukhusen stängdes. Psykiatrin följde inte med patienterna i tillräcklig omfattning till den öppna vården. En allt för stor börda lades på primärvården som inte fick tillräckliga resurser för att kunna ge adekvat vård och omvårdnad till alla personer med psykisk sjukdom i kommunerna. Psykiatrin som helhet beskrivs fortfarande som underdimensionerad.

Socialstyrelsen lyfter 1999 fram kamratstöd som musik och teater – i kyrkor, skolor och på arbetsplatser – som ett sätt att skapa känsla av gemenskap för personer med psykiskt funktionshinder. Det gör att man blir sedd och respekterad.

Danuta Wasserman engagerades av Socialstyrelsen i arbetet med att förhindra självmord på 1990-talet, bland annat med fysiska hinder vid räcken på broar och högt belägna offentliga platser. Minskad förskrivning av vissa läkemedel och inskränkt rätt att förskriva vissa läkemedel var andra åtgärder. 1995 inrättades Europas första professur i suicidologi och innehas sedan dess av Danuta Wasserman.

Danuta Wasserman: **Suicidpreventionens utveckling i Sverige**

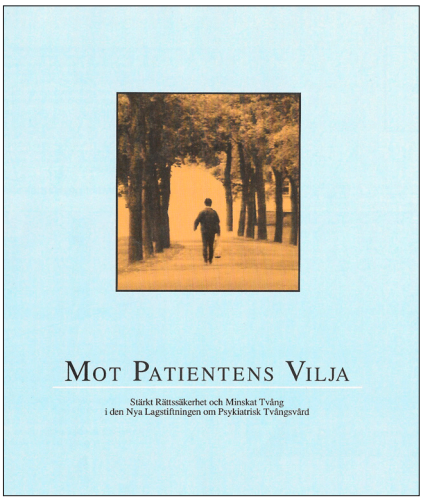
Världshälsoorganisationen (WHO) betraktar sedan decennier tillbaka självmord som ett folkhälsoproblem och arrangerade under 1980-talet flera expertkonferenser om kunskapsläget. 1989 uppmanade WHO medlemsländerna att bryta den stigande trenden av självmord och självmordsförsök genom att skapa nationella program för självmordsprevention. WHO fortsätter med ett globalt självmordspreventivt arbete med bistånd från NASP som är WHO:s samarbetscentrum.

I Sverige började man tidigt med åtgärder för att förebygga självmord. Stockholms läns landsting (SLL) sammanställde 1980 en kris- och suicidutredning på docent *Ruth Ettlingers* initiativ och Socialstyrelsen presenterade ett vårdprogramunderlag 1983. Som ett led i utvecklingen inrättade Stockholms läns landsting Centrum för suicidforskning och prevention 1993. Redan året därpå, 1994, beslöt regeringen på riksdagens initiativ att skapa en nationell suicidpreventiv verksamhet vid Statens Institut för psykosocial Miljömedicin (IPM). Den integrerades med SLL:s verksamhet.

Medicinalrådet *Christina Doctare,* Socialstyrelsen följde upp frågan om självmordsförebyggande arbete och Socialstyrelsen tog 1994 initiativ till att skapa ett nationellt råd i suicidprevention tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). 1995 presenterade rådet Sveriges första nationella handlingsprogram ”Stöd i självmordskriser – ett nationellt program för utveckling av suicidprevention”. Två år senare publicerade Svenska psykiatriska föreningen ”Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling”. Dessa publikationer ligger till grund för den vetenskapliga evidens och de slutsatser som presenteras i Socialstyrelsens kunskapsöversikt ”Vård av självsmordnära patienter” 2003. [210]

På uppdrag av Socialstyrelsen sammanställde NASP tre år senare i samråd med forskare från de sex suicidpreventiva regionala nätverken ett bakgrundsmaterial till ett nationellt handlingsprogram i suicidprevention. Folkhälsoinstitutet sammanställde i sin tur befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner. Riksdagen antog 2008 som ett inriktningsmål en nollvision för självmord. Sedan 2007 är NASP en del av Karolinska Institutet. Elva nationella självmordspreventiva konferenser har genomförts i Sverige sedan 1997 med olika teman, som Barn och ungdomar, Metoder för suicidprevention, Självmordsprevention, Skydd för livet – hjälp oss att bygga ett livsfrämjande samhälle. Fullständiga rapporter från samtliga konferenser kan laddas ner från NASP:s webbplats. [211]

Ny tvångsvårdslagstiftning inom psykiatrin



Den 1 januari 1992 ersattes 1966 års lag (lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV) av ny lagstiftning. Reglerna för den psykiatriska tvångsvården delades upp på två lagar. En lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård med allmän reglering av tvångsvård åt vissa psykiskt sjuka och en lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård med särskild reglering av tvångsvård åt vissa lagöverträdare. Syftet med de nya lagarna var att stärka patienternas rättssäkerhet och den rättsliga kontrollen genom obligatorisk domstolsprövning. De nya lagarna byggde också på en delvis ändrad syn på psykiska sjukdomar och en strävan att begränsa användningen av tvångsvård.

I samarbete med bl.a. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet tog Socialstyrelsen fram basinformation om den nya tvångslagstiftningen i form av en video och en studiehandledning, ”Mot Patientens Vilja”. Sex regionala konferenser anordnades och dokumenterades. Även allmänheten informerades via TV:s Anslagstavlan.

Inventeringar av alla patienter som under en viss dag 1968 var inneliggande i psykiatrisk vård visade att antalet totalt var ca 35 000, varav 20 000 tvångsvårdade. 1979 var antalet totalt cirka 28 000 varav knappt 10 000 tvångsvårdade och 1991 var antalet totalt knappt 15 000 varav cirka 2 500 var tvångsvårdade. En inventering av antalet tvångsvårdade 2008 visade att nära hälften (1 800) av landets cirka 4 000 vårdplatser för psykiatri upptogs av tvångsvårdade patienter under den dag som undersökningen genomfördes [212]. Under 2010 behandlades drygt 50 000 patienter i psykiatrisk slutenvård. Samma år skrevs 10 780 patienter ut efter vård enligt LPT. De är inkluderade i totalantalet. [213]

Den akuta vuxenpsykiatrin granskades av Socialstyrelsen 1994 på ett 40-tal kliniker med 90 avdelningar som ett av projekten i Aktiv uppföljning. Tillsammans berörde insatsen 1211 patienter, varav 248 vårdades enligt lagen om tvångsvård. Antalet som krävde frihetsinskränkning var lågt. Ingen patient var lagd i bälte, en mycket positiv notering. I vårdplanering och information till patienterna fanns däremot brister, som behövde åtgärdas. [214]

Läns- och/eller regionsjukvård

Socialdepartementet utsåg 1974 fem sakkunniga att utreda regionsjukvårdens innehåll, former för verksamheten, regionindelningen med mera (SOU 1978:70). Ett delprojekt initierades med uppgift att ta fram underlag för de sakkunnigas överväganden och förslag angående regionsjukvårdens innehåll och avgränsningar (RIA) gentemot länssjukvården (SOU 1978:71 och 72). Som projektledare utsågs Kurt Roos på Socialstyrelsen med en biträdande projektledare för kirurgi, *Sven Dahlgren*, och en för medicin och onkologi, Olof Edhag. Till RIA knöts 86 experter, som representerade 24 verksamheter. Deras uppgift var att beskriva sina ämnesområdens innehåll och utveckling fram till 1985. [215, 216]

Utifrån experternas omfattande material lade utredarna till och drog ifrån i sin bedömning om regionsjukvårdens dimensioner och hur den skulle förändras inom ett decennium.

Arthur Engels regionsjukvårdsutredning

I en skrift för att hedra *Arthur Engel* i samband med att han avgick som generaldirektör för Medicinalstyrelsen den 1 juli 1967 skrev socialminister Sven Aspling bland annat. ”Till de allra viktigaste reformerna under Arthur Engels 15 år som generaldirektör hör utan tvekan regionsjukvårdsreformen” [18].

Socialstyrelsen sände 1958 ut enkäter till ett begränsat antal överläkare/professorer verksamma inom högspecialiserad vård. Efter att ha tagit del av enkätsvaren beräknade Arthur Engel och medarbetare behovet av antalet sängplatser per 100 000 invånare för tio kliniska enheter och för sju speciallaboratorier inom den högspecialiserade vården. Vidare redovisar Arthur Engel i sitt kapitel i boken de förslag som lades på hur regionvården i landet borde förverkligas. De fem undervisningssjukhusen – Lund/Malmö, Göteborg, Stockholm, Uppsala och Umeå – är predestinerade att få bedriva regionsjukhus, skrev Engel. Härefter lades två förslag fram; att dels låta Linköpings länssjukhus snarast bli ett sjätte regionsjukhus och dels inkludera Örebro länssjukhus som ett sjunde från och med 1970. Då detta förslag lades fram ansågs det vara ett mycket radikalt förslag enligt *Stig Lindgren* (Regional Hospital Planning s. 46). Riksdagens förslag blev att alla de sju föreslagna regionsjukhusen etablerades från början.

Genom att de nya teknologierna förväntades få ett breddat användningsområde skulle regionsjukvårdens omfattning öka. Samtidigt förmodades att en del av det som var regionsjukvård skulle komma att bedrivas på länssjukhus inom tio år. Dessa två trender, tillsammans med förkortade vårdtider och ökad andel vård i öppna former och som dagvård, bedömdes balansera varandra så att omfattningen av regionvård väsentligen skulle bli densamma. Regionsjukvården och utomlänssjukvården omfattade i slutet på 1970-talet 2,5 procent av alla vårddagar. Det fanns osäkerhet om i vilken omfattning vissa nya teknologier som datortomografi och fiberoptik skulle komma att etableras inom länssjukvården. Inom vissa medicinska områden ansåg utredarna att det behövdes så små resurser, att de borde koncentreras till ett fåtal regionsjukhus. Brännskadevården borde koncentreras till två och avancerad barnkirurgi, thoraxkirurgi samt transplantationskirurgi till fyra regionsjukhus. Om de immunologiska problemen skulle lösas menade man dock att transplantationsverksamheten skulle kunna öka snabbt. (Se även s. 154.)

Utredningen föreslog vidare att antalet regioner borde minska från sju till sex. Man menade att befolkningsunderlaget inte var tillräckligt stort för att motivera ett fullständigt sjukvårdsutbud på alla regionenheter. Örebroregionens län borde överföras till andra regioner. Dessutom borde Medelpad och Jämtlands län överföras från Uppsalaregionen till Umeåregionen.

Cancervården

Ökningen i antalet cancerfall förväntades fortsätta men man räknade också med förbättrade behandlingsmöjligheter. Medicinska och tekniska framsteg skulle ställa krav på team av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, radioterapiassistenter, kuratorer, eventuellt psykologer och psykiatriker. Mot denna bakgrund förutsattes att kraven på onkologiska centra skulle öka.

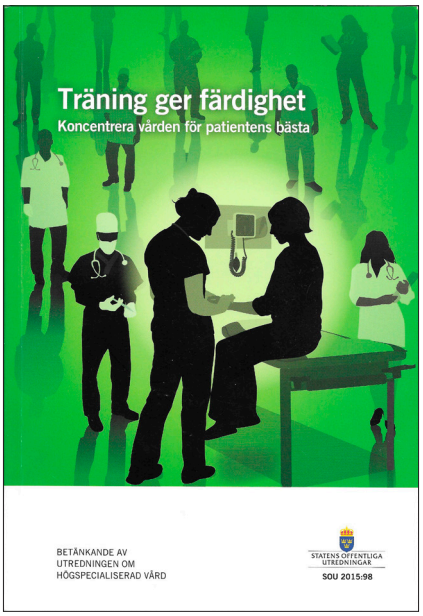
I slutet på 1960-talet tillsattes en statlig kommitté för att utreda cancervården, som efter flera år ledde fram till betänkande och remissbehandling. [217] Socialstyrelsen fick i uppdrag att sammanfatta utredningens förslag med beaktande av remissvaren. Ärendets fortsatta behandling blev en uppgift för sjukhusbyrån. En tanke som framförts i utredningen var att bygga upp särskilda cancersjukhus i landet. Förslaget avvisades i Socialstyrelsens sammanfattning 1974. I stället föreslogs sex regionala onkologiska centra vid regionsjukhus, som även kom till stånd under 1970-talet. Cancervården har utretts flera gånger härefter med resultat att onkologiska centras roll förtydligats och utökats. Bland annat gav Socialstyrelsen ut allmänna råd om ”Samordning av den onkologiska sjukvården – onkologiska centrals roll och uppgifter” 1991, där onkologiska centras roll och uppgifter lyftes fram särskilt. [218]

Från Rikssjukvård till Nationell högspecialiserad vård

I november 2015 presenterade *Måns Rosén* och hans medarbetare sitt slutbetänkande i regeringsuppdraget om högspecialiserad vård, ”Träning

ger färdighet – koncentrera vården för patienternas bästa” (SOU 2015:98). Systematiska översikter och egna analyser visar förbättrad kvalitet och patientsäkerhet med ökad patientvolym per vårdenhet. Hundratals liv kan räddas om den högspecialiserade vården bedrivs på färre enheter enligt utredarna. Koncentrera viss vård så att den kommer upp i definierade nivåer för att minska antalet komplikationer och korta vårdtiderna. [219]

Socialstyrelsen har därefter fått i uppdrag att pröva en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå, samt ta fram en plan för att fasa ut dagens system med rikssjukvård. Ändringar i hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 juli 2018 och rikssjukvården övergick i Nämnden för nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen ska med hjälp av sakkunniggrupper genomlysa ett 20-tal nationella vårdområden/programområden för att identifiera vad som bör vara högspecialiserad vård på nationell nivå. Efter genomlysningen tar Socialstyrelsen beslut om vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget. En särskild nämnd utsedd av regeringen tar sedan beslut om var vården ska bedrivas. I arbetet med nivåstruktureringen verkar Socialstyrelsen i samråd med landsting och regioners system för kunskapsstyrning, andra myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting samt företrädare för professionerna och patienter. [220]



Länsdelssjukhus blir närsjukhus

I anslagsframställan för 1988/89 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att verka för effektivisering av läns- och regionsjukvården. På så sätt fick Socialstyrelsen mandat att engagera sig i landstingens vårdstruktur.

Ingvar Karlberg: **Från vårdprogram till statlig styrning**

I Norge infördes 1990 en tillgänglighetsgaranti till sjukhusvården där avgränsning av de prioriterade grupperna byggde på prioriteringsrapporten 1987 (NOU 1987:23) och den nationella hälsoplanen 1988 (Stortingsmedling nr 41, 1988). I Sverige träffades i april 1991 en överenskommelse mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet om en svensk nationell tillgänglighetsgaranti. Redan tidigare hade man avsatt statliga medel i Dagmaröverenskommelserna för att förbättra tillgängligheten.

I överenskommelsen mellan staten och landstingen pekade man ut 12 medicinska områden – egentligen behandlingar – som skulle omfattas. Till de landsting som uppfyllde garantins krav avsatte staten en halv miljard att dela på. Socialstyrelsen fick i uppdrag att fastställa regler för avgränsning av patientgrupperna och kriterier för prioriteringar inom grupperna.

Socialstyrelsen genomförde inledningsvis en kartläggning av vårdproduktion och väntetider för de aktuella medicinska områdena. Därefter gjordes i samråd med expertgrupper för respektive område en kartläggning av befintlig kapacitet för 1992 (vårdplatser, läkare etc.) för att fastställa realistiska mål. I det slutliga dokumentet rangordnades de väntande patienterna inom respektive grupp i fyra angelägenhetsnivåer med acceptabla väntetider. Kritik riktades mot rapporten från Socialdepartementet för alltför lågt satta mål och från Landstingsförbundets politiker för alltför högt satta.

”God vård i rätt tid” (Ds 1991:11) kom att styra ”den centrala vårdgarantin 1992”. Det var och är unikt på det sättet, att dokumentet tog steget från vårdprogram och riktlinjer till en direkt av staten utfärdad styrande föreskrift om hur sjukvården ska bedrivas.

Till historien hör att – mot Socialstyrelsens rekommendation – även de landsting som inte uppnådde målen fick vara med och dela på den halva miljarden. Retrospektivt kan man tycka att det var de som inte lyckades som behövde statsbidraget bäst.

Framför allt i samband med projektet Aktiv uppföljning tog Socialstyrelsen upp frågan om kirurgins och förlossningsvårdens ställning på länsdelssjukhusen. Alltför få kirurgiska ingrepp per år för vissa åkommor innebar för lite träning för att upprätthålla goda resultat med få komplikationer, menade Socialstyrelsen. Den ökade subspecialiseringen ledde till att det blev allt svårare för kirurger på denna vårdnivå att ha god kompetens inom hela det kirurgiska fältet.

Mot den bakgrunden föreslog Socialstyrelsen att det skulle finnas mindre sjukhus utan akutkirurgi men med allmän internmedicin, intensivvård, paramedicinsk verksam och goda laboratorieresurser. Närsjukhus föreslogs som namn på dessa sjukhus. Socialstyrelsen pekade på möjligheten att bedriva elektiv kirurgi, inte minst ortopedi, på närsjukhuset eftersom där fanns narkos- och intensivvårdspersonal. Denna organisation sågs som säker och kostnadseffektiv, inte minst för en åldrande befolkning. Geriatriken kom ibland att finnas som självständig klinik men ibland som en integrerad del i den medicinska kliniken.

Förlossningsvården

En arbetsgrupp på Socialstyrelsen som granskat förlossningsvården kom fram till att neonatal intensivvård bör koncentreras till färre enheter för att höja kvaliteten och säkerheten. En analys som arbetsgruppen gjort, ”tyder på att det finns skillnader i dödlighet och överlevnad för barn med mycket låg födelsevikt beroende på vilket sjukhus de föds och behandlas på”. Dessa barn var då spridda på ett stort antal sjukhus. Ett 20-tal förlossningsenheter fanns på sjukhus utan barnmedicinsk kompetens. ”Enheter utan neonatal intensivvård måste ha klara och liberala riktlinjer för remittering av ’riskmödrar’ och nyfödda i behov av neonatalvård”, skrev experterna. Dessutom måste det finnas välfungerande transporter för att säkerheten ska vara hög. Arbetsgruppen angav en kritisk gräns vid 1000 förlossningar per år för att personalen skulle få tillräcklig träning. Enheter med färre förlossningar än 1000 borde läggas ned. Men här kom den geografiska aspekten in. ”I glesbygd och exempelvis Visby är nedläggning omöjlig. Här krävs satsningar på en jourorganisation som tillgodoser snabba insatser av kompetenta förlossningsläkare och narkos- och barnläkare”, betonade Claes Örtendahl. En fullt utbyggd neonatal verksamhet bör ha en verksamhet som omfattar ett förlossningsunderlag på 8 000–10 000 förlossningar.

Många upprörda röster

Mottagandet av förslaget om koncentration av vården var inte nådigt. Det visade sig svårt att leda i bevis att länsdelssjukhusens kirurgkliniker hade sämre resultat än vad de hade på de större sjukhusen. De studier som fanns i en rapport sammanställd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) nagelfors och kritiserades, delvis på goda grunder. [221] En kirurg som hade mångårig erfarenhet med goda resultat av viss kirurgi på läns- eller regionsjukhus skulle inte längre få utföra denna form av kirurgi efter flytt till det mindre sjukhuset. Det upprörde. En del politiker på lokal nivå blev ursinniga då myndigheten kom och la sig i hur de skulle organisera vården på sitt sjukhus. Andra politiker tillsammans

med sjukvårdpersonal såg med oro på att arbetstillfällen skulle försvinna. Kvinnor gick i protestmarscher mot BB-nedläggningar. Företagsledare protesterade mot att nedmonterad sjukvård skulle medföra svårigheter att rekrytera kvalificerad personal.

Vad får vi för pengarna?

”Internationella attitydundersökningar visar att vi i Sverige är ungefär så nöjda med vården och omsorgen som kan förväntas med hänsyn till våra ekonomiska förutsättningar och de resurser som avsätts för vård och omsorg. Detta kan tolkas som att vi har den vård och omsorg vi har ’råd’ med.” Detta är en övergripande sammanfattning som Socialstyrelsens ekonomiska sekretariat redovisade i en rapport 2002. [222] Här redovisas några utdrag ur rapporten.

Sysselsättning och kostnader

Hälso- och sjukvård sysselsätter 14–15 procent av den yrkesverksamma befolkningen och kostade år 2000 cirka 280 miljarder kronor. Det motsvarar 13,5 procent av bruttonationalprodukten. Efter Ädelreformen 1992 har hälso- och sjukvårdskostnaderna ökat med 8 procent och socialtjänstens kostnader med 37 procent; detta utan hänsyn tagen till Psyk-Ädel och viss verksamhet för utvecklingsstörda. Sverige har relativt många läkare och sjuksköterskor per invånare, men lönenivån är i ett internationellt perspektiv låg. Detta är en bidragande förklaring till våra relativt låga sjukvårdskostnader.

Vården och omsorgen bidrar till befolkningens trygghet, hälsa, välbefinnande – och arbetsförmåga. Detta ”mervärde” syns inte i nationalräkenskaperna eftersom sektorns bidrag till den samlade produktionen mäts från kostnadssidan.

Antalet anställda i hälso- och sjukvården minskade med sju procent 1993–1999, medan antalet timmar var oförändrat. Inom social omsorg ökade såväl antalet anställda som antalet arbetade timmar med över 20 procent. En växande del av socialtjänstens kostnader avser vård och omsorg om äldre. Allt färre får hjälp och hjälpen koncentreras till dem med störst behov. Mest resurser går till särskilt boende.

Primärvården

Antalet läkarbesök i primärvården ökade under 1990-talet med nära tre miljoner, eller från 39 till 48 procent av samtliga läkarbesök. Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens nettokostnader ökade kontinuerligt och uppgick år 2000 till 22,4 procent. Därefter har de sjunkit, samtidigt som mer än 50 procent av alla besök sker i primärvården (totalt ca 40 miljoner besök per år, varav ca 16 miljoner läkarbesök – ca 1,6 besök per invånare och år). 70 procent av befolkningen besöker primärvården varje år.

Kvaliteten äventyras

Minskat personalantal och färre vårdplatser inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har på sina håll äventyrat kvaliteten. Bristande tillgänglighet är det stora kvalitetsproblemet. Väntetiderna är i många fall orim-

”

Laila Linnergren-Fleck:
Framsynt utrednings- och policyarbete

Min syn på Socialstyrelsen har sin grund i mitt engagemang och arbete 1967–1996 vid såväl Socialstyrelsen som flera andra organisationer och myndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn. I takt med samhällsutvecklingen har Socialstyrelsen haft skiftande roller och uppgifter och utgjort en viktig aktör inom hälso- och sjukvårdssektorn med hög kompetens och integritet. Detta ska Socialstyrelsen främst berömmas för!

Det jag vill lyfta fram bland många viktiga insatser, är det framsynta utrednings- och policyarbete som många medverkat i och som under årtionden lagt en viktig grund för den moderna hälso- och sjukvården. Hit hör bl.a. Principprogram för den öppna vården (1968) och Principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (1975), som sedan följdes av Socialdepartementets rapport HS-90 m.fl. De fick alla stort genomslag i hela landets utbyggnad och planering för den framtida vården och ledde till viktiga förändringar av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Genomgående lade man i dessa utredningar stor vikt vid att vårdanordnarna skulle ha ett långsiktigt ansvar för att inom sina mandat arbeta utifrån en helhetssyn och så långt möjligt främja hälsa och förebygga ohälsa. Genom utbyggnaden av den öppna vården utanför sjukhusen i form av vårdcentraler med goda resurser och arbetsförhållanden skapades större möjligheter och tydligare ansvar för att samverka med andra lokala aktörer för befolkningens vård och hälsa.

Vårdkostnader på 1970-talet

”Systemet styr vårdkonsumtion – inte våra behov”. Så lyder rubriken på ett pressmeddelande från Socialstyrelsen om en artikel i Socialnytts petitanummer 1981/82. Rubriken syftar på den vårdkonsumtionsstudie som Socialstyrelsen hade gjort tillsammans med socialmedicinska institutionen i Uppsala. Enligt pressmeddelandet var det första gången i historien som sjukvårdens huvudmän fått en sådan granskning gjord. Rapporten visade att små resurser kan räcka till mycket men också att stora resurser används felaktigt. Av resultaten kan man bland annat utläsa att vårdkostnaderna 1960 motsvarade 3,6 procent av bruttonationalprodukten. 1977 hade de stigit till 9 procent. Kostnaderna varierade stort mellan olika sjukvårdsområden. Den högsta kostnaden 1977 – 3 900 kr per invånare – hade Göteborgs kommun, medan t.ex. Västmanlands läns landsting ”bara” hade 2 600 kr per invånare.

ligt långa. Var femte ortopedklinik redovisade vid årsskiftet 2000/2001 mer än tolv månaders väntetid till höftledsoperationer för de lägst prioriterade patienterna. Inom socialtjänsten har kvalitetsarbetet kommit längst inom äldreomsorgen och är mest eftersatt inom individ- och familjeomsorgen. Personalförsörjning och kompetensfrågor är allvarliga och växande problem.

Stora variationer i produktivitet

Stora och svårförklarliga variationer i kostnad och resursutnyttjande tyder på att vården inte ges på lika villkor. Potential för effektivisering?

- Kranskärlsoperationer var 1998 tre gånger så vanliga i Norrbotten som i Kalmar län räknat per invånare.
- Sannolikheten för en kvinna att få en ny höftled inopererad var samma år 6 procent högre i Västerbotten än i Jönköping.
- Medelvårdtiden på BB var 1999 mer än dubbelt så lång på det sjukhus som hade längst vårdtid jämfört med det som hade kortast.

Det finns även stora regionala variationer inom socialtjänsten:

- Socialtjänstens kostnader utgör i genomsnitt 40 procent av kommunernas totala kostnader, med en variation på 20 till 50 procent mellan olika kommuner.
- Andelen personer 90 år och äldre som bor i särskilt boende varierar från 10 till 80 procent mellan olika kommuner.
- Andelen omhändertagna barn och unga som placeras på institution varierar från 0 till 72 procent mellan olika kommuner

Inför framtiden

Det har blivit uppenbart att behov och efterfrågan inte är samma sak och att det finns en inbyggd konflikt mellan å ena sidan lagstiftningens regler om behovsstyrning och å andra sidan strävan efter ökat inflytande och medbestämmande för patienten/klienten. Inom en nära framtid kommer stora personalavgångar i kommuner och landsting. Att rekrytera och behålla kompetent personal är ett stort och växande problem, inte minst på grund av sektorns relativt låga löneläge. Situationen har beskrivits som en ”tickande lönebomb”.

För rapporten stod i första hand *Ingemar Eckerlund*, *Stefan Håkansson, Karin Mossler, Tom Nilsson* och *Kristina Stig* vid Socialstyrelsens ekonomiska sekretariat.

Utveckling av metoder

Sjukvården har, inte minst under de senaste 50 åren, haft en mycket dramatisk utveckling. Tre exempel från utredningen Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning (RIA) 1978 (se s. 107), där experter gjort bedömningar om hur vårdens innehåll skulle förändras ett decennium framåt inom deras områden illustrerar hur svårt det är att göra sådana prognoser. Det vi vill peka på med dessa tre exempel på metodutveckling är om det är meningsfullt med utredningar om hur sjukvården kommer att se ut framåt i tiden.

Behandling av syrebrist i hjärnan

Efter utredning av neurolog förväntades 100–150 patienter per million med transitoriska ischemiska attacker (TIA) bli behandlade av kärlkirurg på regionsjukhus i början av 1980-talet. TIA är ett tillstånd med övergående syrebrist i hjärnan men med risk för bestående hjärnskada om inte behandling sätts in. Någon effektiv medicinsk behandling fanns inte 1978. Stroke-enheter har byggts upp på flertalet akutsjukhus i landet under de senaste decennierna. Genom tidiga insatser efter undersökning med datortomografi sätts behandling in som förhindrar att hjärnvävnad går förlorad. År 2015 vårdades cirka 8000 patienter för TIA i landet (Riksstrokes årsrapport 2015). Antalet dödsfall i stroke minskade med drygt 40 procent 2002–2015 enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för stroke 2016. I Sverige fick drygt 91 procent av strokepatienterna 2017 vård på en stroke-enhet någon gång under vårdtillfället. Utvecklingen är glädjande, men Socialstyrelsen efterlyser fler trombectomier (avlägsnande av blodpropp i hjärnan med speciellt instrument). (Läkartidningen 22 maj 2017).

Förträngning i kranskärlen

I mitten av 1970-talet blev allt fler kardiologer och thoraxkirurger i landet övertygade om den gynnsamma effekten av kirurgi vid kärlkramp och i en del fall även för att förlänga liv.

Experterna i RIA ansåg 1976 att behovet var svårbedömt, men angav siffran 1500 ingrepp år 1985 som möjlig. Socialstyrelsen följde utvecklingen inom området från slutet av 1980-talet och framåt genom att bilda expertgrupper som sammanfattade sina bedömningar i rapporter. I rapporten ”Thoraxkirurgisk verksamhet 1981–1985” redovisades väntetider för kranskärlsröntgen1980 på upp emot ett år för patienter utan förtur och tre månader för de med förtur. Det betydde att en del patienter kom att avlida i kön innan de opererades. 1980 var antalet kranskärlsoperationer i landet 500. [223]

Möjligheten att vidga kranskärlen med ballong, Percutan coroner intervention (PCI), som introducerades i Sverige 1983 kom att dramatiskt öka antalet patienter som kom i fråga för behandling av sjukdom i kranskärlen. År 1988 bedömdes behovet av kranskärlsingrepp öka från 2100 till 6500 innan behovet var tillfredsställt. Kapacitetsbristen på operationer bedömdes vara 1800 till 2400 och på dilatationer 2000–2500. Kranskärlskirurgi och PCI bedrevs 1988 på sex regionsjukhus men även på fyra privata enheter. Som mest gjordes närmare 1700 kranskärlsoperationer på privata kliniker [224]. Socialstyrelsen manade till ”viss försiktighet” med fortsatt utökning av kapaciteten. ”En utbyggnad som på sikt kan leda till överetablering måste undvikas”.

Antalet kranskärlsoperationer var som mest 6 500 år 1992 för att härefter minska till i dag cirka 2 600 enligt Svenska hjärtkirurgiregistret 2013.

I dag utförs PCI, ofta tillsammans med inläggning av stent, på de flesta länssjukhus förutom på regionsjukhusen; tillsammans ett 30-tal sjukhus i landet. Fler än tjugo tusen ingrepp görs nu årligen i Sverige.

Grå starr

I slutet av 1970-talet opererade cirka 6000 patienter per år för grå starr (katarakt) i landet. Patienterna vårdades på ögonklinik i samband med ingreppet. Gråstarrsoperationer är i dag det vanligaste kirurgiska ingreppet i den industrialiserade världen. I dag sker ingreppet i öppen vård. 2017 var antalet operationer i Sverige cirka 110 000, varav nästan hälften i privat regi. [225]

Assisterad befruktning

Bidrog till Nobelpris?

Enligt obekräftade uppgifter hade de uppföljningar EpC stått för haft avgörande betydelse – efter några års tveksamhet – vid beslutet att tilldela *Robert Edwards* Nobelpriset 2010 för introduktion av in vitro fertilisering (muntlig information från docent *K-G Nygren* 2018).

1982 föddes det första barnet i Sverige genom in-vitro-fertilisering (IVF) på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. De första åren följdes behandlingsresultaten upp av Svensk förening för obstetrik och gynekologi samt Barnläkarföreningen. Från 1991 sammanställde och analyserade EpC resultaten fortfarande i samarbete med nämnda yrkesföreningar. Från och med 2007 finns behandlingsresultaten i ett kvalitetsregister med anslag från Socialstyrelsen (Qivf.se).

En genomgång av samtliga 4 517 IVF-förlossningar från åren 1982 till 1995 genomfördes på EpC:s uppdrag av en grupp kliniker och forskare som varit aktiva i utvecklingen av IVF-tekniken i landet. [226] Genomgången visade att det fanns stora olikheter i landstingens regler för vilka som skulle bli föremål för IVF. För det enskilda paret spelade det stor roll var man var bosatt för att få möjligheten till en provrörsbefruktning i offentlig regi. Kostnaden och antalet försök i offentlig regi varierade. Åldersgränsen för såväl kvinnan som mannen varierade också.

Antalet missbildningar under perioden var 3,9 procent för samtliga födda i landet och 5,4 procent för barn födda efter IVF. Skillnaden ansågs bero på högre ålder hos modern och högre antal flerbörder. Socialstyrelsen konstaterar i en kommentar att antalet för tidigt födda och underviktiga barn avsevärt skulle minska om antalet flerbörder minskade. Detta skulle också medföra att dödlighet och förekomst av missbildningar skulle minska. Som ett resultat inbjöd Socialstyrelsen företrädare för huvudmännen för överläggningar om principerna för IVF-behandlingar.

2006 publicerade Socialstyrelsen en ny genomgång av födelse efter IVF i Sverige från 1982 till april 2001 [227]. Nu ingick 13 261 kvinnor som fött 16 280 barn efter assisterad befruktning. Basen för båda studierna var medicinska födelseregistret vid EpC. Dessutom hämtades information från missbildningsregistret, cancerregistret, dödsorsaksregistret och slutenvårdsregistret. Professor *Bengt Källén* har starkt bidragit vid de sammanvägda resultaten från dessa register.

Antalet tvillingfödslar minskade från maximalt 29 procent 1991 till fem procent 2006. Därmed minskade förtidsbörderna med 70 procent. Missbildningsfrekvensen var 40 procent högre vid IVF. ”När hänsyn togs till skillnad i mödrarnas ålder, paritet och år av ofrivillig barnlöshet kvarstod dock ingen riskökning”, skrev experterna. Detta innebär att det inte var IVF som sådan utan samverkande faktorer som stod för överrisken.

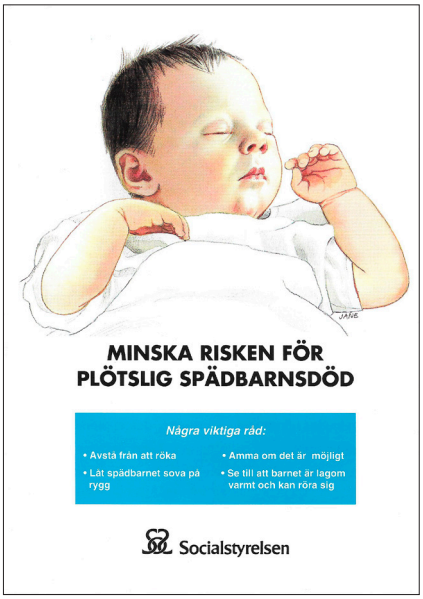
Sedan den 1 januari 2003 är IVF antingen med donerade ägg eller med spermier tillåtet i Sverige enligt riksdagsbeslut, Lag (2006:351) om genetisk integritet m.m.. Socialstyrelsen har en fortsatt roll i att följa IVF-fertiliseringen, bland annat för att ännu större material krävs för att

verifiera eller utesluta ett samband mellan IVF och vissa specifika men ovanliga missbildningar. Den systematiska svenska uppföljningen av IVF har rönt stort internationellt intresse.

Cirka tre procent av alla barn som föds i landet föds efter IVF-behandling (Qivf.se). Verksamheten bedrivs i dag på sex offentliga (alla universitetssjukhus) och på elva privata enheter med ungefär lika stor andel på vardera.

Att förebygga spädbarnsdödlighet

Broschyrer, dels till föräldrar, dels till sjukvårdspersonal, om hur plötslig spädbarnsdöd kan förhindras började ges ut 1986. Cirka 90 spädbarn dör plötsligt varje år i landet. I EpC:s register kan man se en kraftig minskning i spädbarnsdödligheten 1997. Orsaken anses dels bero på att spädbarn rekommenderas ligga på rygg, dels på minskad rökning hos mödrarna.



Screening och hälsokontroller

Screening med mammografi

En fråga som Barbro Westerholm kom att driva med stor energi var införandet av mammografiscreening i hela landet för tidig upptäckt av bröstcancer hos kvinnor. Det fanns invändningar. Skulle kvinnor i mindre utsträckning själva undersöka sina bröst, vilket skulle innebära att de inte skulle upptäcka tumörer där lika ofta som tidigare? Skulle tidiga mindre aggressiva tumörer upptäckas och behandlas kirurgiskt som aldrig skulle ge kliniska symptom? Var data som presenterats om värdet med screening verkligen valida? Debatten var intensiv. Men nya data som visade på nyttan med undersökningen publicerades, Socialstyrelsen utfärdade allmänna råd om hälsokontroll med mammografi 1986 och rekommendation om mammografiscreening till alla kvinnor i landet mellan 40 till 74 år kom 1987. [228]

Regeringen beslöt att mammografi för alla kvinnor i landet 40–74 år gamla skulle vara avgiftsfri från och med den 1 juli 2016.

I en tidningsartikel i oktober 2017 vädjar Barbro Westerholm tillsammans med *Elisabeth Bergsten Nordström* och *Wanja Lundby Wedin* till Socialstyrelsen att se över 74-årsgränsen för mammografiscreening. Motivet är bland annat att andelen kvinnor som överlever sin bröstcancer ökat kraftigt de senaste 30 åren och att det inte finns anledning tro att detta inte även skulle gälla kvinnor över 74 år. (SvD Debatt 19 oktober 2017)

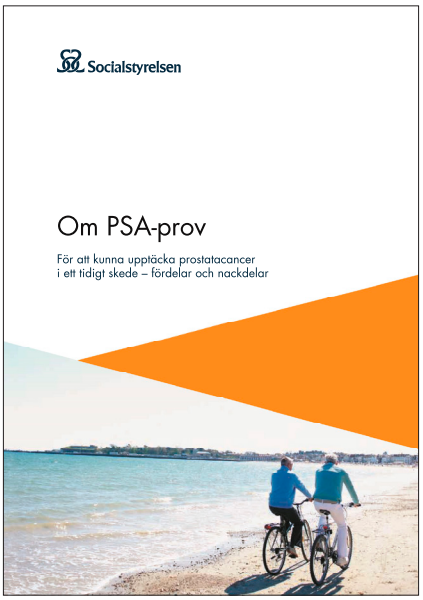
Gynekologisk hälsokontroll

Screening av livmodershalscancer genom cellprovtagning bör ske vart 3:e år för kvinnor i åldrarna 22–50 år och vart 5:e år i åldrarna 51–60, föreslår en nationell rådgivande grupp under Socialstyrelsens ledning 1997. Idag föreslår Socialstyrelsen cellprovtagning vart tredje år för kvinnor som är 23–29 år. Från 30 år rekommenderas cellprovtagning med analys för humant papillonvirus. Den övre åldersgränsen bör höjas från 60 till 64 år. [229]

”

Harriet Malmquist:
Rekommendation i takt med tiden

Jag tycker att hälsoundersökning med mammografi är en insats som Socialstyrelsen bör få beröm för. Ett omdiskuterat ämne som Socialstyrelsen framsynt och med stort engagemang drivit alltsedan 1980-talet präglat av Barbro Westerholms målmedvetna förhållningssätt. Med tiden har medicinska kunskaper och teknik med mera utvecklats. Därmed har man fått bättre och säkrare undersökningsmöjligheter och behandlingsmetoder. Socialstyrelsens första allmänna råd om hälsoundersökning med mammografi gavs ut 1986. Uppföljningar och utvärderingar har gjorts, rapporter har skrivits och utvidgade allmänna råd och rekommendationer har följt, i takt med tiden 1997 och 2013. Det har varit bra förankring i sjukvården och stor uppslutning hos landstingen. År 2016 inrättades ett nationellt kvalitetsregister för hälsokontroll med mammografi.



Screening för prostatacancer

En återkommande fråga är om inte män bör erbjudas screening för prostatacancer. Men enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda allmän screening för prostatacancer med PSA-prov, med eller utan tester med vävnadsprovtagning. Nyttan med screening med PSA-prov bedöms inte tydligt överväga de negativa effekterna på befolkningsnivå. Många av de män i åldern 50–70 år som skulle erbjudas att delta i screeningen skulle riskera att få en prostatacancerdiagnos trots att deras cancer aldrig skulle utvecklas till någon allvarlig sjukdom. Rekommendationen är enhetlig med hur andra länder i Europa och världen har värderat frågan. Så skriver Socialstyrelsen i en remissversion i februari 2018. [230]

De senaste åren har det tillkommit flera tester som kan komplettera PSA-provet för att identifiera män som trots ett förhöjt PSA-värde har låg risk att ha en behandlingskrävande prostatacancer. Ett sådant test skulle kunna minska överdiagnostik och överbehandling. Utifrån underlaget som tagits fram har Socialstyrelsen sammantaget bedömt att det ännu inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd för hur förhållandet mellan nytta och negativa effekter påverkas om PSA-provet kompletteras med något annat test före vävnadsprovtagning.

Bedömningen av screeningprogrammet utgår från Socialstyrelsens screeningmodell som finns publicerad i rapporten Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Några landsting/regioner erbjuder under 2018 män i åldern 50–75 år screening för att tidigt upptäcka prostatacancer. Screeningprogrammen kommer att bli vetenskapligt utvärderade.

I Socialstyrelsens broschyr ”Om PSA-prov – för att kunna upptäcka prostatacancer i ett tidigt skede – fördelar och nackdelar” finns information för män som funderar på att göra en hälsokontroll med PSA-prov. Broschyren beskriver de fördelar och nackdelar som finns med PSA-prov, och ger underlag för en personlig värdering av dessa.

Ingvar Karlberg: **Stort förtroende men blygsamma effekter**

Ett beslut med betydande kvantitativa effekter på sjukvården var Socialstyrelsens Allmänna råd 1986:3 och Meddelandeblad 15/87 om hälsoundersökningar med mammografi. Underlaget för beslutet har kritiserats under alla år. Vid en konsensuskonferens i Oslo i februari 1989, där de svenska experterna deltog, beslutade man på samma underlag som det svenska beslutet, att screening inte skulle startas. 1996 startade man dock nationell screening i Norge.

Vid en internationell granskning av det underlag som fanns 1986 drog man slutsatsen att beslutet visserligen inte var välgrundat, men ändå uppnådde sitt syfte: att minska dödsfall bland kvinnor till följd av bröstcancer. Malmöstudien publicerades 1988 och är den som från vetenskapligt perspektiv fått bäst vitsord – kommenterad av *Ingvar Andersson* i Läkartidningen 1998.

Trots den blygsamma effekten har screeningen vunnit stort förtroende i befolkningen. Ett landsting, som 1999 beslutade avveckla programmet med hänsyn till de tveksamma hälsoeffekterna, tvingades snart återinföra det för att ta hand om anstormningen till andra kanaler för mammografi.

Katastrofer i fred och krig

Under första hälften av 1990-talet studerade Socialstyrelsen olika verksamhetsområden och analyserade vilken miniminivå som skulle behövas för dels sjukvårdsberedskap av fredskaraktär, dels för behandling av krigsskadade i projektet Vårdprinciper i kris och krig (VIK). Totalt blev det sjutton rapporter som låg till grund för Allmänna råd ”Sjukvård i kris och krig – omställning och ändrade prioriteringar” 1995. Där fastslår man bland annat att akutsjukhusen skulle kunna friställa mellan 1/3 och 1/2 av sina vårdplatser genom omprioriteringar och genom att primärvården tar på sig ett ökat ansvar. [231]

Socialstyrelsen har under åren ställt krav på att landstingen/regionerna och kommunerna har aktuell, genomtänkt planering för att klara katastrofsituationer. I föreskrifter och allmänna råd ger Socialstyrelsen vägledning om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22).

Socialstyrelsen stödjer också forskning och utveckling vid fem kunskapscentrum för katastrofmedicin, katastrofpsykiatri, katastroftoxikologi och strålningsmedicin. [232] Fler kan bli aktuella i framtiden.

Under ett antal år på 1980- och 90-talet fick vapenfria värnpliktiga tjänstgöra på Socialstyrelsens beredskapsenhet.

Krisstöd vid allvarlig händelse

En viktig del i Socialstyrelsens arbete med medicinsk katastrofberedskap är publiceringen av Katastrofmedicinska observationsstudier (KAMEDO). I dem beskrivs hur omhändertagande, räddnings- och sjukvårdsinsatser genomförts vid omfattande katastrofer och olyckor runt om i världen. Rapporterna började utges på 1960-talet och har därefter utgjort en del i

Socialstyrelsens ansvar för beredskapsfrågor. Cirka hundra rapporter har hittills publicerats. Några exempel:

- Kärnkraftsolyckan i Tjernobyl den 26 april 1986.
- Branden i tunnelbanestationen King´s Cross den 18 november 1987.
- Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990.
- Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993 och Klorgasolyckan vid Vanadisbadet i Stockholm den 2 augusti 1993.
- M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994.
- Brandkatastrofen i Göteborg natten 29–30 oktober 1998.
- Terrorattackerna mot World Trade Center den 11 september 2001.
- Flodvågskatastrofen i Asien 2004.
- Stora busskrascher i Sverige 1997–2007.
- Katastroferna i Japan 2011. (Jordbävning, tsunami och haveri i kärnkraftverk.)
- IT-haverier i vården – Erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall (2012).

Vid flera av dessa katastrofer har Socialstyrelsens Tjänsteman i Beredskap (TiB) kontaktats och gjort insatser när det gäller kontakter med regeringen, andra myndigheter och hälso- och sjukvården. Det har också varit viktigt att snabbt kunna sända ut svenska experter som kan bevaka, analysera och redovisa katastrofer i lärande syfte. En del rapporter sammanfattar kunskapsläget inom ett område, till exempel traumavård vid allvarlig händelse [233]. I andra rapporter sammanfattas flera olyckor som större bussolyckor i Sverige 1997–2007 [234].

Inför millenniumskiftet hade Socialstyrelsen regeringens uppdrag att hålla särskild beredskap. Betydande planering gjordes och personal var i beredskap såväl i Socialstyrelsens lokaler som i bostaden.

Ambulanssjukvården utvecklas

I och med koncentration av framför allt kirurgin från närsjukhusen till läns- och regionsjukhusen drev Socialstyrelsen på 1990-talet på för att höja kompetensen i ambulanserna och på så sätt se till att patienterna på ett så säkert sätt som möjligt kunde nå sjukhus där det fanns adekvat kompetens. Dessutom fanns det sedan länge ett behov av säkrare ambulanstransporter inom glesbygd. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställdes bland annat krav på ledningsansvar, journalföring, tillförlitliga sambandsmedel för att kunna samråda med akutverksamhet på sjukhus samt adekvata läkemedel. Författningen avslutas med ”På längre sikt bör ambulanssjukvården, som inte enbart har omvårdnadsuppgifter, även ha sjuksköterskekompetens och erfarenhet som sjuksköterska i akutsjukvård.” [235]

Socialdepartementet, Utbildningsdepartementet och Socialstyrelsen formulerade gemensamt en särskild utbildning till sjuksköterskenivå för erfarna ambulanssjukvårdare. Landstingen fick i uppgift att tillsammans med högskolor och universitet skaffa fram denna resurs.

Kompetensen på landets larmcentraler behöver förbättras skriver Socialstyrelsen 1997. Minst en person med sjuksköterskekompetens bör finnas på varje central.

Gunilla Hulth Backlund: **Viktig utveckling av ambulanssjukvården**

Socialstyrelsen var drivande när det gäller integreringen av ambulanssjukvården som en del av sjukvården. Det startade i början av 1990-talet. Innan dess var det en ren transportorganisation som till största delen genomfördes av kommunernas räddningstjänst och dess brandmän. 1995 gav Socialstyrelsen ut de första föreskrifterna och allmänna råden ”Ansvar, kvalitetssäkring och läkemedelsförsörjning inom ambulanssjukvården mm” (SOSFS 1995:8). Föreskrifterna kompletterades 1996 bl.a. med en rapport ”Ambulanssjukvård i systematiskt kvalitetsarbete”. Syftet med föreskrifterna, allmänna råden och rapporten var att markera betydelsen av och ansvaret för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrevs (jag var själv en av författarna!).

Genom bl.a. dessa initiativ utvecklades ambulanssjukvården i Sverige i snabb takt. Mer eller mindre avancerade medicinska bedömnings-, undersöknings- och behandlingsmetoder infördes i den dagliga verksamheten. Med detta följde naturligt också krav på högre medicinsk kompetens, vilket inte skedde utan en hel del ifrågasättande, inte minst från räddningstjänstpersonalen.

Utvecklingen inom det katastrofmedicinska området måste också i hög grad tillskrivas Socialstyrelsen. 1991 fick Sverige sin första professor i ämnet, *Sten Lennqvist*. Jag hade det stora nöjet att samarbeta med Sten under några år. Under hans ledning utvecklades en rad olika kurser som Socialstyrelsen stod bakom och genomförde, t.ex. Ledning på sjukhus, ledning på skadeplats, utbildning av ledningsläkare m.m. Sten var också initiativtagare och grundare av katastrofmedicinskt centrum i Linköping. Ämnesutvecklingen hade ett betydande stöd från Socialstyrelsen, bl.a. i inrättandet av fler nationella kunskapscentrum i olika delar av Sverige. KAMEDO-rapporterna bör också nämnas i detta sammanhang.

En analys som beredskapsenheten gjorde 1999 visar att 15 baser för ambulanshelikoptrar skulle nå 97,5 procent av befolkningen inom 35 minuter. Två piloter skulle krävas per enhet för verksamhet dygnet runt. Beräknad kostnad 250–300 miljoner per år.

Inriktningsdokument

Överbefälhavaren och Socialstyrelsens generaldirektör har undertecknat ett gemensamt inriktningsdokument om myndigheternas arbete med hälso- och sjukvård inom ramen för det nya totalförsvaret [236]. ”Syftet har varit att identifiera sårbarhet och förändringsbehov för att möta behovet av sjukvård vid olyckor, katastrofer och krig. Myndigheterna har för avsikt att ta fram nationella planer för trauma- och katastrofmedicinsk utbildning, stöd och inriktning till forskning genom kunskapscentrum för katastrofmedicin samt utveckling av nationella riktlinjer för multiprofessionell övning och träning.”

Läkemedelsfrågor

Den 27 november 1996 beslutade riksdagen en rad förändringar inom läkemedelsområdet, bland annat i lagen om receptregister (1996:1156). Syftet var att höja kvaliteten på läkemedelsanvändningen och hejda de ökande läkemedelskostnaderna. Ett receptregister skulle börja föras av Apoteksbolaget AB. Ur det kunde och kan förskrivaren själv och i vissa fall verksamhetschefen få uppgift om förskrivningsmönster. Även läkemedelskommittéerna fick börja ta del av förskrivningsmönster för grupper av förskrivare. Samtidigt beslutades att alla med rätt att förskriva läkemedel och andra varor som omfattas av högkostnadsskyddet skulle få en förskrivarkod. Den gjorde det möjligt att återföra information om förskrivningar. Under våren 1997 informerade Socialstyrelsen om den nya lagen och skickade ut brev med de individuella förskrivarkoderna till

läkare, barnmorskor, distriktssköterskor, tandläkare och tandhygienister med förskrivningsrätt. Uppgifterna finns samlade i ett förskrivarregister med namn, yrke, specialitet/er och förskrivarkod. [237]

Register om läkemedelsförbrukning

Samtidigt beslutades att information om patienternas köp av läkemedel mot recept skulle föras på ett register vid Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum. Läkemedelsregistret innehåller avidentifierade data om hur läkemedelsförbrukningen ser ut i landet. Det är dock möjligt att i tillsynen av läkare genom detta register identifiera dem som överförskriver vanebildande läkemedel och narkotika.

Patientens ställning

I proposition (1978/79:220) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen läggs förslag i syfte att stärka patientens ställning i vården. Patienten ges en aktiv roll såväl i vården som i det disciplinära förfarandet. Patienten får rätt att ta del av sin journal. Förslag läggs också om inrättande av patientnämnder. I samband med senare ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen har patienters och närståendes rätt successivt förstärkts och finns nu samlat i patientlagen (2014:821).

Under alla år har patientens, klientens, brukarens och de närståendes rätt och ställning utgjort en ledstjärna i Socialstyrelsens uppdrag och arbete. Däremot har allmänheten bara i vissa fall varit verkets primära målgrupper. Enligt lagstiftningen och den allmänna ansvarsfördelningen ligger information till och kontakter med enskilda personer i första hand på kommuner och landsting och utövare av vård och omsorg.

Broschyrer till allmänheten

Utan att ha särskilda regeringsuppdrag har Socialstyrelsen vid några tillfällen producerat informationsmaterial om patientens rätt som landsting och andra med patientkontakter kunnat beställa:

- 1983 kom ”Dina rättigheter som patient” i anslutning till att den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft med fler rättigheter för patienter. Den gavs ut tillsammans med Landstingsförbundet och marknadsfördes bland annat med hjälp av en affisch ”Våga fråga”.
- 1991 tog Socialstyrelsen fram en ny version av ”Dina rättigheter som patient” som dels hänvisade till vården och landstingens förtroendenämnder, dels Socialstyrelsens regionala enheter för mer information.
- 1995 var det dags för nästa omarbetade och mer utförliga information om lagstiftningen och vilka krav patienten har rätt att ställa, ”Din trygghet och säkerhet som patient”. Den distribuerades till alla apotek och landstingen erbjöds köpa egna upplagor.

Tillämpningen följs upp

Socialstyrelsen har haft flera uppdrag att följa upp och utvärdera hur lagstiftningen tillämpas och fungerar. Den första mer omfattande uppföljningen genomfördes 2003 med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdslagens (HSL, 1982:763) och lagen (1998:53) om yrkesverksamhet på

hälso- och sjukvårdens område (LYHS) om patientens rätt till individuellt anpassad information, möjlighet att välja behandlingsalternativ och möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning. Den visade att det behövdes en hel del ytterligare insatser innan lagstiftningen och de bakomliggande målen och intentionerna var uppfyllda. [238]

Handböcker till personal och patienter

Att det funnits ett behov av en samlad redovisning av vad som gäller patientens ställning visar den stora efterfrågan på handboken ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal” som Socialstyrelsen gav ut i en första upplaga 2010. Den lagstiftning som hänvisas till, är bland annat patientlagen (2014:821). Mycket av det som handboken och patientlagen lyfter fram som betydelsefullt att ta hänsyn till vid vårdens kontakt med patienten är det patienter och närstående klagar på. 2015 gav Socialstyrelsen ut ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor, ”Att mötas i hälso- och sjukvård”. Detta efter att rapporter från Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen visat att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen och att bemötandet och den vård som erbjuds skiljer sig åt beroende på bland annat faktorer som kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. [239, 240]

Socialstyrelsen fick 2011 regeringens uppdrag att ge ut en handbok riktad till patienter och närstående med syfte att öka patientens delaktighet och göra vården säkrare, delvis med en dansk handbok som förebild. Handboken fick namnet ”Min guide till säker vård” och togs fram i nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Famna, Inera AB (1177.se), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, patientförsäkringen LÖF, Apotekens Service AB, patientnämnder, patientorganisationer, pensionärsorganisationer, personal- och yrkesorganisationer. [241]

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har följt upp patienters erfarenhet av vården före och efter patientlagens tillkomst. En sammanvägd bedömning är att patientens faktiska ställning inte har stärkts sedan patientlagen kom. Tillgänglighet, information och delaktighet har försämrats under de två första åren. Ingen skillnad framkom avseende fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ, ny medicinsk bedömning, val av utförare och patientsäkerhet. Informationsinsatserna har varit otillräckliga både på nationell och lokal nivå. Prioritera patientens ställning i vårdens styrning och ledning. Överväg sanktioner och överväg att införa ett rättighetsbegrepp. Det är några av slutsatserna i rapporten. [242]

Stärkt inflytande för brukare

Även inom socialtjänsten och äldreomsorgen har Socialstyrelsen under åren genomfört en mängd olika insatser för att stärka olika gruppers möjligheter till inflytande. Allt ifrån att patient-, handikapp-, äldre- och andra frivilligorganisationer deltar i utredningsgrupper och hearings eller på andra sätt får möjligheter att ge synpunkter och påverka. Socialstyrelsen

Ändrad hantering av klagomål

Regeringen har fattat beslut om ett nytt system för hantering av klagomål som trädde i kraft den 1 januari 2018 (prop. 2016/17:122). En stor del av klagomålshanteringen flyttas från IVO till vårdgivaren. Fall som rör vårdskador utreds även i fortsättningen av IVO.

Individperspektivet i Socialstyrelsens eget arbete

Hur bra är Socialstyrelsen själv på att tillämpa till exempel ett patient-/klient-/brukar- eller anhörigperspektiv på sitt arbete? Den frågan aktualiserade generaldirektör Kerstin Wigzell 1999 och tillsatte en extern grupp som fick i uppdrag att kritiskt granska detta. Gruppen bestod av en jurist med stor erfarenhet av samhällsliv och förvaltning, sex personer med egna erfarenheter som patient, klient eller anhörig samt en vetenskaplig rådgivare och handledare.

I sin slutrapport konstaterade gruppen bland annat att Socialstyrelsen i regel nöjer sig med att utdela kritik när man finner brister och problem. Socialstyrelsen borde tydligare följa upp vad som händer med kritiken och förvissa sig om att åtgärder vidtas hos de kritiserade verksamheterna. Gruppens granskning visade också att Socialstyrelsen hade ett administrativt verksamhetsperspektiv snarare än ett patient-/klient-/ eller anhörigperspektiv. [244]

Internt utvecklingsarbete

Som nästa steg gav Kerstin Wigzell en intern arbetsgrupp i uppdrag att ta fram förslag till hur patient-, klient- och anhörigperspektivet skulle integreras i Socialstyrelsens arbetsprocesser. Gruppen tog bland annat fram förslag till checklistor, gav exempel på hur Socialstyrelsen kan använda ”expertis”, t.ex. brukar- och patientorganisationer samt gav exempel på modeller och metoder för att ta del av berörda individers kunskaper, erfarenheter och synpunkter. De olika hjälpmedlen publicerades på Socialstyrelsens intranät.

har bland annat publicerat flera versioner av ”Din rätt till äldre- och handikappomsorg”.

Det senaste är att nio myndigheter upprättat ett samarbete för att bättre ta tillvara patienters och brukares erfarenheter i Rådet för styrning med kunskap. De nio myndigheternas generaldirektörer har ställt sig bakom gemensamma rekommendationer som ska stärka brukarnas inflytande på framtida satsningar och forskning.

Omfattningen av administration i vården

En arbetsgrupp i Socialstyrelsen kartlade 1999 omfattningen av administration i vården på uppdrag av regeringen. Från många håll i vården hade framförts att allt mer tid togs från det egentliga patientarbetet. Nyttan av det administrativa arbetet ifrågasattes.

Nära 300 intervjuer genomfördes; 168 med läkare och 108 med sjuksköterskor. Dessutom följdes tjugofem personer under en dag för att få ett material som kunde validera tidsuppgifterna.

Kartläggningen visade att omkring en fjärdedel av arbetstiden i sjukvården gick åt till administration. Läkare på sjukhus använde 10,3 timmar per vecka för administration och läkare på vårdcentral 7,2 timmar (uttryckt i mediantid). För sjuksköterskor var motsvarande mediantid 8,4 respektive 10,1 timmar. Variationen mellan olika medicinska verksamheter var mycket stor. [243]

En rad förklaringar till ökande administration framkom. Den viktigaste förklaringen var de stora förändringar vården genomgått under de senaste decennierna med ökade krav på överföring av information mellan vårdnivåer (sjukhus – socialtjänst – primärvård) på grund av till exempel Ädelreformen. Högre specialisering leder till att en allt större mängd personal involveras i varje patients vård, vilket kräver samverkan. Andra förklaringar är kortare vårdtider som medfört fler in- och utskrivningar per tidsenhet. Antalet beslut per tidsenhet har därmed också ökat. Ökad dialog med patienten och anhöriga med krav på dokumentation är ett

annat skäl till mer administration. Flera angav också att man dokumenterade för att ”skydda sig själv”. Nya författningar med krav på kvalitetsarbete har tillkommit. Sjuksköterskornas förändrade roll med betoning på omvårdnad och dokumentation har ökat deras administrativa tid. Hårdhänta rationaliseringar som inneburit att icke legitimerad personal försvunnit har gjort att det ”osynliga” arbetet ökat för sjuksköterskor och läkare. Dit hör att svara i telefon, kopiera m.m.

Journaldokumentationen har ökat. Journalen för en patient som opererats för höftplastik 1971 omfattade tre blad, vilket kan jämföras med en patient som opererades på liknande sätt 1999. Journalen blev nu 34 sidor. Vårdtiden 1999 var tio dagar medan den 1971 var fyra veckor.

Beträffande kvalitetsarbetets värde var åsikterna mycket splittrade. I de privata vårdinrättningarna ansågs kvalitetsarbetet mycket viktigt medan meningarna gick mer isär bland de offentliganställda. Somliga såg kvalitetsarbetet som ett instrument för verksamhetsutveckling medan andra ansåg att den verksamheten var för teoretisk.

För att få en uppfattning om utvecklingen av IT-stöd i sjukvården besökte en grupp som utredde administrationens omfattning i vården Sunderbyns sjukhus och IT- enheten på Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholm. Bilderna från Norrbottens läns landsting och Stockholms läns landsting skiljde sig på många punkter. I Stockholm fann utredarna en mycket splittrad utveckling av IT, vilket givetvis försvårar möjligheterna till kommunikation mellan de olika enheterna. I Norrbotten framkom en datamognad och en nätverksuppbyggnad som gav en god samordning av informationsöverföring mellan samtliga enheter inom landstinget. Utredningen såg datoriserade system som en viktig väg att minska den administrativa hanteringen av dokumentation.

”Prioriteringar måste hela tiden göras mellan administration och direkt patientarbete och då måste viss administration stå tillbaka”, sade generaldirektör Kerstin Wigzell i samband med att utredningen presenterades.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen presenterade även en del förslag utifrån arbetsgruppens rapport:

- Patientdokumentationen bör följa patienten genom hela vårdprocessen. På så sätt undviks dubbelarbete och överföringsfel.
- All hälso- och sjukvårdspersonal bör dokumentera i samma journalhandling av samma skäl.
- Detaljerade regler för patientdokumentation bör tas bort. I stället förutsätts verksamhetschefen ansvara för att ändamålsenliga regler både för dokumentation och signering tas fram.
- Patientdokumentationen kan förenklas och förbättras med förbättrade IT-lösningar. Ett stort ansvar vilar här på huvudmännen, så att denna process påskyndas. Skyldighet för Socialstyrelsen att anmäla fel och försummelser till HSAN bör ändras till möjlighet att anmäla.
- Den på sina håll omfattande dokumentation som görs för säkerhets skull hör till det som kan betraktas som onödig administration.

Krånglet ett minne blott?

På Läkarstämman i Göteborg 2006 hade Socialstyrelsen ett seminarium på temat ”Krångel i vården”. Ett av anförandena avslutades med åtta tänkvärda punkter under rubriken ”Krånglet ett minne blott”:

- Ingen dubbeldokumentation!
- Uppgifter kan föras över mellan system, vårdnivåer, vårdgivare etc.!
- Tydligt varför man ska dokumentera!
- Den egna nyttan av uppgifterna är uppenbar!
- Dokumenterade uppgifter är lätta att hitta!
- Stödsystemen är användarvänliga!
- Tydlig ansvarsfördelning!
- Tydliga rutiner!

Vilka punkter är giltiga ännu idag, tolv år senare?

Patientjournallagen (1985:562) ersattes 2008 med en patientdatalag (2008:355). En intention med den nya lagen var att öka åtkomligheten av patientdata.

Debattartikel om svårlästa journaler

Det är uppenbart att vi behöver ett helt nytt synsätt på journalen och att datorkraften i detta avseende utnyttjas optimalt. Det torde stå klart för var och en att det är ett stort resursslöseri att låta specialistutbildade läkare, sjuksköterskor och annan personal ägna oskälig tid åt att mödosamt försöka tränga in i, sammanfatta och tydliggöra journalens innehåll.
(Professor emeritus *Hans-Göran Tiselius* i SvD Debatt 17 september 2017)

”Vid 12-tiden var det lunch och läkarna åt i egen matsal med dukade bord och serveringspersonal. Inte sällan hann han (sjukhusets överläkare) med diskussioner med husmor och syssloman som tillsammans med två skrivbiträden utgjorde hela den administrativa personalen”.
Ur Berättelser om Härnösands lasarett på 1930-talet; då Sveriges största länsdelssjukhus.

En stor del av den frustration som upplevdes i vården och som tillskrevs onödig administration bottnade i att många bland personalen kände sig dåligt delaktiga och hade dåligt stöd i sitt arbete.

Ur rapportens sammanfattning: ”Ständigt återkommande omorganisationer påverkar arbetsmoral och motivation negativt, särskilt när besluten känns omöjliga att påverka. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet har upprepade gånger påpekat det nödvändiga av ett gott ledarskap. Regler och förordningar kan uppfattas som kontraproduktiva och också användas så, om inte ledningen mäktar med att tydliggöra deras syften och skapa rutiner så att de går att genomföra.”

Dokumentation och patientsäkerhet

”För mycket dokumentation äventyrar patientsäkerheten” är rubriken på en debattartikel av IVO:s generaldirektör Gunilla Hult-Backlund 2015 (Dagens Nyheter 20 januari 2015). Ur artikeln: ”Patientsäkerhetsarbetet har byråkratiserats på ett sätt som väcker frågetecken kring åtgärdernas effektivitet. Flera studier av vården visar att en betydande del av exempelvis information i patientjournalen är upprepningar och att dokumentationsrutinerna medför alltför omfattande journaler som skapar förvirring och ineffektivitet. Det som krävs är dokumentation av vad som faktiskt sker i vårdsituationen.

Enligt det internationella kvalitetsinstitutet Joint Commission är brister i kommunikation den enskilt viktigaste orsaken till vårdskador. WHO:s rapporter visar att 70 procent av alla så kallade händelseavvikelser i vården beror på bristande kommunikation. Vårdgivare behöver arbeta med patientsäkerhet ur ett mer strategiskt perspektiv. Färre dokumentationskrav och en bättre kommunikationskultur skulle kunna leda till ökad kvalitet och säkerhet. I arbetet med att få till stånd förändring behöver även IVO och andra myndigheter ändra arbetssätt. Vårt arbete skall i lägre grad resultera i nya riktlinjer hos vårdgivaren, men i insikter och verktyg för effektivare dokumentation, kommunikation och patientmedverkan.”

I artikeln hänvisar Gunilla Hult-Backlund till Socialstyrelsens handbok Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Se s. 121.

Effektivare vård med minskad administration

Göran Stiernstedt redovisade 2016 regeringens uppdrag att utreda resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården i Effektiv vård (SOU 2016:2). Utredarna pekar bland annat på att den svenska sjukvårdsstrukturen är sjukhustung och att samordnad styrning saknas. Tjugosex förslag och elva rekommendationer redovisas. De flesta syftar till minskad administrativ börda. Alltför många administrativa krav medför skadeverkningar i vården. Dubbeldokumentation är ett av problemen. Styrning av svensk sjukvård behöver ändras, låt den bygga på mindre kontroll och mer tillit. Planera efter behov i stället för efter diagnos. En stärkt primärvård ger bäst förutsättningar att möta de utmaningar som finns och som inte hanteras på bästa sätt i dag. [196]

Legitimationer, planeringsstöd och statistik

Socialstyrelsen har ett stort inflytande på personal som arbetar inom vård och omsorg, särskilt inom hälso- och sjukvården. Där är legitimationen av olika yrkesgrupper en viktig uppgift. Myndigheten följer också utvecklingen av tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvård och tandvård, dels i form av statistik över personal inom legitimationsyrkena, dels i prognoser över personalbehoven framåt i tiden. Personalförsörjningen inom vård och omsorg är central för välfungerande verksamheter.

Nya legitimationsyrken

I och med lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) infördes legitimationskrav för fyra nya yrkesgrupper: apotekare, arbetsterapeuter, receptarier och sjukhusfysiker. I LYHS infördes också ett system med delvis nya regler för ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel och skyddad specialistbeteckning. En nyhet var att några yrkesgrupper, som inte omfattas av legitimation, fick skyddade yrkestitlar. Det gällde audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer inom både offentlig och privat vård. Yrkestiteln är tänkt att vara en form av varudeklaration inför patienterna.

Idag (2018) finns 21 legitimationsyrken:

Apotekare	Kiropraktor	Psykoterapeut
Arbetsterapeut	Läkare	Röntgensköterska
Audionom	Logoped	Receptarie
Barnmorska	Naprapat	Sjukhusfysiker
Biomedicinsk analytiker	Optiker	Sjuksköterska
Dietist	Ortopedingenjör	Tandhygienist
Fysioterapeut/sjukgymnast	Psykolog	Tandläkare

I Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) samlas aktuella uppgifter om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Där finns också uppgifter om specialistbevis för läkare och tandläkare. Uppgifterna används för upplysning om personalens behörighet till apotek, arbetsgivare och allmänhet, samt för tillsyn. Dessutom framställs statistik baserade på uppgifterna i registret. Huvuddelen av uppgifterna i registret kommer från hälso- och sjukvårdspersonalens ansökningar om legitimation. Vissa uppgifter hämtas också från ”Svensk utbildningsnomenklatur” och folkbokföringen. I och med att Socialstyrelsens ansvar för legitimationer omfattat allt fler yrkesgrupper och att läkare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal från andra länder ansöker om legitimation har verksamheten expanderat kraftigt under 2000-talet. [245]

Från ST-rådet (nationella rådet för specialisttjänstgöring) får Socialstyrelsen råd om vilka krav som bör ställas för att nå hög kvalitet på läkarnas utbildning fram till specialister.

Statistikdatabas och planeringsstöd

Socialstyrelsen har under många år haft regeringens uppdrag att följa utvecklingen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal kan man idag

Den 10 000:e läkaren var fyra

När den 10 000:e läkaren fått sin legitimation av Socialstyrelsen 1969 ordnades en liten ceremoni på Wallingatan 2. Fast egentligen var det fyra som kunde betraktas som den 10 000:e. Två av de nyblivna läkarna, en man och en kvinna, fick ta emot gratulationer och blommor av Bror Rexed.

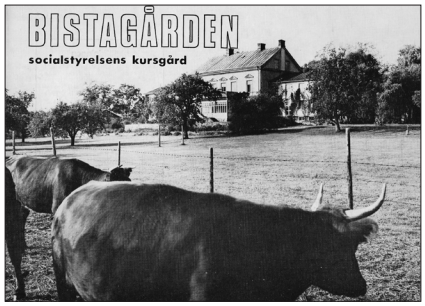
hämta uppgifter om tillgången på personal inom legitimerade yrken, läns- och regionvis, privat- och eller offentlig regi samt inom olika åldersgrupper. Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården den 1 november under det aktuella året. Yrkesföreningarna är viktiga samarbetsparter vid insamling av uppgifter om sina medlemmar.

Socialstyrelsen tar också fortlöpande fram underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal som publiceras i Nationellt planeringsstöd, NPS. Med hjälp av tillgångsstatistiken samt löpande kontakt med huvudmännen och intressegrupper inom hälso- och sjukvården och tandvården eftersträvar NPS att ge ett nationellt perspektiv på frågor som berör personalförsörjning inom hälso- och sjukvård.

Enligt den i skrivande stund senaste rapporten har antalet legitimerade och sysselsatta apotekare, fysioterapeuter, läkare och psykologer ökat i relativa tal mellan år 2000 och 2015. Apotekare, fysioterapeuter och psykologer karaktäriseras av en stor andel unga personer. Många läkare hör också till de yngre åldersgrupperna. Många studerar till läkare utomlands. Även om antalet utlandsstuderande har minskat utfärdade Socialstyrelsen så sent som 2016 en majoritet av läkarlegitimationerna till personer som studerat utomlands. Även en stor andel tandläkarlegitimationer utfärdas till personer som studerat utanför Sverige. [246]

Arbetsgivare i hela landet rapporterar brist på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och framför allt på personer med yrkeserfarenhet. Landstingen rapporterar brist på läkare inom många specialiteter, framför allt allmänmedicin och psykiatri. Man noterar också en ökande efterfrågan på apotekare i takt med att allt fler anställer kliniska farmaceuter som kan ansvara för läkemedelsrelaterade frågor och överta vissa uppgifter som läkare eller sjuksköterskor tidigare har utfört.

Omfattande kursverksamhet



Under 1970- och 1980-talen bedrev Socialstyrelsen en omfattande kursverksamhet riktad till personal inom underförvaltningarna (ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter), personal inom olika omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, efterutbildning av viss sjukvårdspersonal samt viss krigssjukvårdsutbildning av läkare. Socialstyrelsen hade till och med en egen kursgård, Bistagården utanför Uppsala, för ungdomsvårdsskolornas personal. Några exempel på kurser som anordnades budgetåret 1970/71 är:

- Grundkurs I för personal inom ungdomsvårdsskoleorganisationen.
- Grundkurs I för personal inom nykterhetsvården.
- Kurs för vapenfria tjänstepliktiga med tjänstgöring inom ungdomsvårdsskolor.
- Grundkurs för arbetsledande personal vid institutioner med industriellt inriktad arbetsterapi för psykiskt utvecklingsstörda.
- Kurs i medicinalförfattningar för blivande länsläkare.
- Kurs för sjömansläkare.
- Kurs i socialmedicin för tjänsteläkare.
- Kurs i fluorprofylax för tandsköterskor.

- Kurs i team-metodik för rehabiliteringspersonal.
- Kurs i hälsovårdsberedskap för ledamöter i hälsovårdsnämnder.
- Kompletteringskurs för barnmorskor med utländsk utbildning.

Självklart har utbildningarna förändrats under åren i takt med Socialstyrelsens olika uppdrag. Idag (2018) finns utbildningar tillgängliga via Socialstyrelsens utbildningsportal. De är webbaserade och vissa kan också genomföras i mobilen eller på surfplatta. Några exempel:

- Förskrivning av hjälpmedel.
- Läkemedelsgenomgångar för äldre.
- Migration och familj.
- Sex mot ersättning – om stöd och skydd till barn och unga.
- Att synliggöra normer i socialtjänsten utifrån ett hbtq-perspektiv,
- Personligt ombud.

När man gått igenom utbildningen och svarat på en utvärdering får man ett kursbevis som kan skrivas ut. [247]

8. Insamling och förmedling av kunskap

Nationalatlas om folkhälsan

I en bok i serien Sveriges Nationalatlas om Folkhälsa och sjukvård med Socialstyrelsen som temavärd ges en omfattande rikt illustrerad bild av hur folkhälsan och hälso- och sjukvården utvecklats, framför allt under 1900-talet. Utblickar finns till tiden dessförinnan. Inte minst visas hur statistik på ett lättillgängligt sätt kan användas för att förstå hur samhället utvecklats.

Statistiken ger kunskap

Socialstyrelsen har de senaste 50 åren kontinuerligt på olika sätt rapporterat så kallad välfärdsstatistik från SCB om levnadsförhållandenas fördelning, bland annat med betoning på att definiera särskilt utsatta grupper. Denna statistik har Socialstyrelsen bland annat använt till att visa upp och därmed motivera kommuner och landsting till förbättringsarbete, inte minst inom prioriterade områden där regeringen tillskjutit medel. Socialstyrelsens egna register har dessutom tack vare personnumren gjort att uppgifterna blivit möjliga som underlag i forskning och jämförelser. [248]

Socialstyrelsens statistik samlades på 1990-talet på Epidemiologiskt centrum (EpC). Chef för centrat var Måns Rosén, som lockade till sig många kunniga medarbetare. Den 1 juli 1994 övertog Socialstyrelsen beställaransvaret för Sveriges officiella statistik om socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Från 1995 var Socialstyrelsen också ansvarig för utgivningen av statistiken. Under det första året gav Socialstyrelsen ut tretton statistiska publikationer inom socialtjänst, nio om hälsa- och sjukdomar samt en om hälso- och sjukvård, Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1995.

Socialstyrelsens register

Cancerregistret

Under lång tid var dödsorsaksregistret och berättelser från sjukvården de enda källorna till kunskap om sjukdomarnas utbredning i Sverige. För 60 år sedan, 1958, startade dock det svenska cancerregistret och är därmed äldst av Socialstyrelsens register. Då fanns redan ett sådant register i bland annat Danmark. Anmälan till cancerregistret är obligatorisk och gäller både vårdansvariga läkare och patolog/cytolog. På så sätt får man en viktig dubbelkontroll. Förutom personuppgifter registreras tumörens läge, diagnostidpunkt, histopatologisk diagnos, diagnosgrund m.m. Varje år görs också matchningar mot dödsorsaksregistret. Sedan mitten av 1980-talet sker registrering, kodning m.m. i anslutning till sex regionala onkologiska centra. [249]

Uppgifter om antalet cancerfall m.m. har varje år publicerats i ”Cancer Incidence in Sweden”, numera med titeln ”Statistics on Cancer Incidence”. I rapporten från 2016 får vi bland annat veta att antalet nya fall av cancer ökat under åren 1970–2016, medan dödligheten sakta minskat. För kvinnor är bröstcancer vanligast och för män är prostatacancer vanligast. Lungcancer orsakar flest dödsfall. Cancer i tunga, tungbas, sköldkörtel och tonsill är få till antalet men är de som ökat mest de senaste åren. [250]

Register om födelse och missbildningar

Det svenska missbildningsregistret startades 1965 som en följd av den så kallade neurosedynkatastrofen, då många barn föddes med missbildningar på grund av att mammorna tagit läkemedlet neurosedyn (thalidomid). Idag heter det Registret för övervakning av fosterskador och kromosomavvikelser och är, när det gäller födda barn, en del av medicinska födelseregistret. Hit rapporteras fosterskador och kromosomavvikelser för födda barn och foster vid inducerad abort så att en eventuell ökning ska upptäckas så snabbt som möjligt.

Det medicinska födelseregistret startades 1973. Det innehåller uppgifter om alla barn som föds i Sverige. Registret innehåller bland annat uppgifter om barnets längd, vikt, eventuella sjukdomsdiagnoser, mammans rökvanor och intag av läkemedel. [252]

Abortstatistik

En ny abortlag trädde i kraft den 1 januari 1975. Sedan dess har intresset för abortstatistiken varit stort. Antalet aborter första året med den nya lagstiftningen var 32 500. 1985 var antalet 31 000; den lägsta nivån under 1980-talet. Den högsta nivån samma årtionde var 37 000 aborter år 1988 och ansågs framför allt bero på rädsla för biverkningar av P-piller hos många kvinnor efter larmrapporter i media. Konsumtionen av P-piller sjönk det året.

I samlevnadshäftet ”Vi har bara börjat” rapporterar Socialstyrelsen 1984 läget efter nära tio år med den nya abortlagen. Sexual- och samlevnadsupplysning i abortförebyggande syfte har lett till färre graviditeter och aborter, men också mindre mobbing, missbruk och brottslighet, står det i rapporten. Ungefär samtidigt gav Socialstyrelsen ut ”Abort – ett studiematerial”. Hur tänker och känner abortsökande kvinnor inför abort?” [253, 254]

Skillnaden i antalet aborter har genom åren varit stor både geografiskt och mellan olika åldersgrupper. Under 2010 valde 78 procent av alla gravida kvinnor under 20 år att utföra abort. Antalet aborter 2015 var 38 000. Nära 100 procent var medicinskt inducerade. Antalet aborter per tusen kvinnor var 17,7 under 1985, 18,3 under 1995, 20,2 under 2005 och 20,9 under 2015. [255]

Patientregister

Landstingen har successivt byggt upp patientregister med uppgifter om alla patienter som vårdats i sluten vård. En kopia har skickats in till Socialstyrelsens nationella patientregister. För den somatiska vården var rapporteringen frivillig t.o.m. 1983. I samband med det första Dagmar-avtalet kom statsmakterna och Landstingsförbundet överens om att alla landsting från 1984 skulle rapportera samtliga utskrivningar till slutenvårdsregistret. Samtidigt beslöt Socialstyrelsen slå samman registren för somatisk respektive psykiatrisk vård till ett slutenvårdsregister. Registret är numera helt rikstäckande och innehåller uppgifter om bland annat diagnoser. [256, 257]

Från och med 1997 började även besök i öppen vård registreras, utom primärvårdsbesöken. Kirurgiska ingrepp började registreras 1997 och

Socialstyrelsen satsar på cancerregistret 1979

Under de närmaste två åren kommer Socialstyrelsen att göra en mycket stor satsning på cancerregistret. Med hjälp av ca 3 milj. kr. och en fördubblad personalstyrka ska man fram till 1981 försöka hämta upp den fyraåriga eftersläpning som för närvarande råder på registret.

Den nuvarande eftersläpningen på cancerregistret har hårt kritiserats i bl.a. riksdagen eftersom den avsevärt försvårar forskningen kring olika samband mellan hälsa och miljö. Registret, som har en rikstäckande registrering av alla nyupptäckta fall av tumörer som enligt lag ska rapporteras till Socialstyrelsen, får varje år in över 100 000 rapportblanketter.

Cancerregistret har idag 21 anställda, tre föredragande läkare samt ett antal medarbetare via AMS. Detta kan jämföras med Norges resurser – 20 anställda på 3,8 milj. invånare – eller med Finlands – 17 anställda för 4,6 milj. invånare. Sverige har idag betydligt över 8 milj. invånare. [251].

besök i den specialiserade öppenvården 2001. Genom en regeringsförordning fick personnummer börja användas för insamling av registerdata 1993 (SFS 1993:1058), vilket ökade möjligheterna att använda sammanställda uppgifter från flera källor på ett helt nytt sätt. Därmed fick Socialstyrelsen ett patientregister (PAR) som innehöll uppgifter om patientens ålder, kön, bostadsort, om enheten där patienten vårdats, administrativa data och medicinska data (E-kod). Persondata är dock endast åtkomliga vid epidemiologiska sammanställningar och för forskare. Uppgifterna i dödsorsaksintygen förs in i dödsorsaksregistret, även här med ICD-kod.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret med personnummer startade i juli 2005 och innehåller alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek. Registret uppdateras en gång i månaden.

Syftet med läkemedelsregistret är att öka patientsäkerheten på läkemedelsområdet. Registret används av såväl forskare, journalister, utredare inom landsting och myndigheter som av representanter från läkemedelsindustrin. Ökad kunskap kring olika läkemedels effekter och säkerhet kan i längden vara till nytta för varje enskild patient. Kunskapen kan bidra till ökat fokus på patienter och patientnytta och även i slutändan till att förbättra livskvaliteten för patienter och rädda liv.

Läkemedelsregistret kan bidra till att besvara många olika frågeställningar, till exempel:

- Fortsätter antibiotikaförskrivningen att gå ner?
- Hur många äldre har tio eller fler läkemedel samtidigt?
- Finns det regionala skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel? [258]

Tandhälsoregistret

Tandläkare och tandhygienister är skyldiga att rapportera in uppgifter om utförd tandvård och tandhälsa. Rapporteringen görs till Försäkringskassan genom det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. Därefter går vissa uppgifter vidare till Socialstyrelsen och tandhälsoregistret, bland annat uppgift om patientens antal kvarvarande tänder och patientens antal kvarvarande tänder som är intakta. [259]

Socialtjänstregister

Socialstyrelsens officiella statistik om socialtjänsten bygger på omfattande inrapportering av uppgifter från kommunerna om ekonomiskt bistånd, insatser enligt LSS, insatser för barn och unga, insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning samt tvångsvård av vuxna missbrukare. I mars 2018 öppnade Socialstyrelsen en ny inrapporteringsportal där uppgifter till socialtjänst och hälsodataregister ska lämnas.

Den 1 januari 2019 träder Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården i kraft. Det innebär bland annat att kommunerna blir skyldiga att lämna fler uppgifter till registret samt att insamlingen sker månadsvis.

Måns Rosén: **Register – Guldgruvan i svensk hälso- och sjukvård**

Ledningens beslut att starta Epidemiologiskt centrum (EpC) år 1992 är enligt min mening ett lyft för svensk registerverksamhet och forskning. Sverige hade genom unika personnummer och register över hela befolkningen länge haft en konkurrensfördel när det gäller att få fram kunskap om hälsa och sociala förhållanden. Den fördelen hade inte utnyttjats. Genom samarbete med bl. a. dåvarande Landstingsförbundet och andra myndigheter så skapades en samsyn om värdet av register. Resurserna kom successivt att tredubblas. Framför allt förändrades attityden kring register när nyttan av register tydliggjordes.

En broschyr ”Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet” togs fram och vi fick politiskt stöd för att återinföra personnummer i patientregistret. Personnumret hade tidigare försvunnit på grund av en integritetsdebatt, men argumentet att vi då inte visste om tio personer har vårdats en gång eller en person hade vårdats tio gånger tog skruv. Senare lyckades vi få ett nationellt läkemedelsregister trots en del motstånd. Jag satt i utredningen och talade om värdet av ett register, men det som avgjorde frågan i positiv riktning var när patient- och pensionärsföreningar samstämmigt sa ”ni tar på er ett stort ansvar om ni inte inför ett läkemedelsregister”. Om de som registreras är positiva är det svårt för andra intressenter att argumentera mot. Socialstyrelsens tidigare generaldirektör Barbro Westerholm som då var företrädare för en pensionärsorganisation var en viktig person i detta lobbyarbete. Utnyttjandet av hälsodataregister har sedan dess mångdubblats både för folkhälso- och social rapportering samt för forskning.

Registerforskning har hög status

Antalet forskare som utnyttjar registren har ökat kraftigt, universitetens och forskningsrådens inställning till registerforskning har förändrats positivt. EpC bidrog bl. a. till att Vetenskapsrådet satsade pengar på infrastrukturen av registerforskning och EpC stödde hela tiden utvecklingen av kvalitetsregister. Det är ingen tillfällighet att registerforskning ofta publiceras i högrankade tidskrifter och att Sverige tillsammans med andra nordiska länder publicerar mer än dubbelt så många vetenskapliga artiklar per invånare än andra länder i världen.

Under 1990- och 2000-talen hade rapporteringen om svenska folkets hälsa och sociala förhållanden en mycket aktiv period. De nationella folkhälsorapporterna kompletterades med att Socialstyrelsen även tog fram en nationell Social rapport. Intresset från media var ofta mycket stort vilket illustreras av att en stor svensk kvällstidning en gång övertygade tryckeriet om att de jobbade på myndigheten och behövde ett exemplar. På presskonferensen var andra media inte lika lyckliga när hela mittuppslaget i kvällstidningen sammanfattade folkhälsorapporten. Landstingens intresse för folkhälsofrågor var också stort under denna period och många landsting gjorde sina egna lokala folkhälsorapporter. Den statistikdatabas ”Hur mår Sverige?” som vi utvecklade med data om alla Sveriges landsting och kommuner var ett lyft för deras rapportering.

Det finns mycket annat att berätta kring sjukdomsklassifikationer, DRG-system och det ökade samarbetet kring statistikfrågor på EU-nivå. Men, det får bli en annan gång.

Bland annat SCB:s undersökningar om levnadsförhållandena (ULF) och Försäkringskassans statistik över sjukbidrag och förtidspensioner kompletterar EpC egna register vid sammanställningar av olika rapporter.

Ny svensk sjukdomsklassifikation

Den svenska sjukdomsklassifikationen gavs ut av Socialstyrelsen i ny upplaga 1997 (ICD-10-SE). Den var ett stort steg framåt, framför allt genom att diagnoserna/begreppen fick en språklig dräkt på begriplig svenska, men ändå med bevarande av den latinska terminologin. Professor *Björn Smedby* var den som enträget och engagerat ledde arbetet med den mycket omfattande översättningen och bearbetningen. Fil lic *Hans Nyman* som var språkrådgivare och sekreterare i Svenska Läkaresällskapets språkkommitté bidrog också aktivt i arbetet med den nya sjukdomsklassifikationen. För att vårdpersonalen lättare skulle kunna ta fram rätt klassifikation ur bokhyllan fick de sju olika klassifikationerna olika färger på omslagen.

Hur mår Sverige?

I början av 1990-talet tog EpC fram ett dataprogram som presenterade epidemiologiska data om hälsa och sociala förhållanden i landsting och kommuner. ”Hur mår Sverige?” Programmet togs fram genom ett samarbete med WHO:s europakontor. Det var uppbyggt kring en karta över Sveriges landsting och kommuner. Man kunde också se trender, jämföra landsting och kommuner i stapeldiagram och göra enklare sambandsanalyser samt se de tabeller som programmet skapat. I programmet presenterades bland annat data om demografi, sociala förhållanden, levnadsvillkor, arbetsmiljö, sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor, vårdutnyttjande och läkemedelsförsäljning. [260]

Claes Sundelin: **Expertgrupp viktig bro mellan myndigheten och professionen**

År 1992 blev jag ordförande för en barnmedicinsk expertgrupp knuten till Socialstyrelsen. I expertgruppen behandlades alla frågor inom hälso- och sjukvården för barn och jag hade möjlighet att själv ta upp olika frågor och lotsa dem vidare inom myndigheten. Eftersom jag under samma tid var ordförande i barnläkarföreningen fungerade expertgruppen som en effektiv bro mellan professionen och problemen på fältet å ena sidan och myndigheten å den andra. När den barnmedicinska expertgruppen lades ner i samband med en omorganisation och någon ny föredragande inte utsågs kom barnfrågorna rejält i skymundan. Mitt engagemang som vetenskapligt råd gjorde dock att jag hade kontakt med myndigheten i enskilda frågor, exempelvis när det gällde åldersbestämningar och HSAN- ärenden.

I slutet på 90-talet utsågs jag till ordförande i en parlamentarisk utredning som bland annat hade till uppgift att utreda vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem och föreslå åtgärder. Ett av utredningens förslag i slutbetänkandet (Det gäller livet, SOU 1998:31) var att tillföra medel till Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen med uppgift att göra återkommande mätningar av förekomsten av psykiska problem hos barn på populationsnivå. Mitt förtroende för EpC var, grundat på erfarenhet, mycket stort. Några mätningar enligt Socialstyrelsens förslag kom dock aldrig till stånd.

Sammanställning och förmedling av kunskap

Socialstyrelsen har allt sedan starten tagit fram, strukturerat och fört ut kunskap i olika former. Så långt möjligt har informationen varit evidensbaserad och byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet. De grupperingar som har stått för insamling, bearbetning och förmedling av kunskap har, tillsammans med Socialstyrelsen, haft olika sammansättning. De första åren handlade det mest om struktur och organisation som t.ex. den öppna hälso- och sjukvården, njursjukvård och narkomanvård, än om behandling av olika sjukdomar.

Vårdprogramunderlag

Men redan under 1970-talet gav Socialstyrelsen ut underlag till vårdprogram. De togs fram av olika expertgrupper under ledning av Socialstyrelsens rådgivande nämnd för utarbetande av vårdprogramunderlag och gavs ut på ett externt förlag. Projektledare för de olika vårdprogramunderlagen var specialister och företrädare för områdena. Före publiceringen gick de ut på remiss och en del underlag kom också ut i reviderad version. Det första vårdprogramunderlaget behandlade diabetes och kom 1977. Två år senare kom ett underlag om Högt blodtryck och 1980 ett om Socialt innehåll i sjukvården. Fler exempel på underlag till vårdprogram är Tumör i bröstet (1981), Problemet självmord (1983), Barn med astma (1985), Huvudvärk (1986), Urinvägsinfektioner (1987) och Urininkontinens hos kvinnor (1988).

State of the art

State of the art-dokument i Socialstyrelsens regi togs fram på initiativ av Socialstyrelsens medicinska expertgrupper som i sin tur anlitade särskilda experter. Innehållet beskrevs som en syntes av vetenskapligt underlag och erfarenhetskunskap. Syftet var att sprida aktuell kunskap om god medicinsk praxis i fråga om diagnostik och behandling av olika sjukdomar. Berörda expertgrupper godkände och ansvarade för innehållet. De skulle således inte uppfattas som något officiellt ställningstagande

Ovanliga diagnoser

Under 1990-talet började Socialstyrelsen bygga upp en kunskapsdatabas om ovanliga diagnoser (högst 100 per miljon invånare). I dag finns mer än 300 sjukdomar och tillstånd i databasen och den fylls kontinuerligt på. Gruppen har genetiska förändringar som förorsakar olika former av handikapp från metabola störningar till fysiska och psykiska handikapp. En rad experter tillför kompetens om diagnostik, behandling, habilitering och rehabilitering. Kunskap delas mellan olika centra, även utländska och framför allt nordiska. Genetisk forskning har stor nytta av den kunskap som samlas i databasen. Denna grupp med handikapp fick en del av de 1,4 miljarder som regeringen under 1990-talet satsade på habilitering och rehabilitering och som Socialstyrelsen hade ansvaret att fördela. Se s. 103.

Regionala centra har etablerats senaste åren för att dels informera sjukvården om gruppen och var den specifika kunskapen om de olika handikappen finns, dels vara ett stöd för de som har handikapp och deras närstående.

Vid Göteborgs universitet finns ett informationscentrum som på Socialstyrelsens uppdrag utarbetar texterna till diagnoserna i databasen. [261]

från Socialstyrelsen. Vissa State of the art-dokument ersattes senare av Socialstyrelsens riktlinjer. Ansvaret för utveckling och uppdatering av State of the Art-dokumenten om vissa vanliga sjukdomar överfördes successivt till Svenska Läkaresällskapets sektioner och Sveriges Läkarförbunds specialistföreningar under 2004.

Vårdprogram och State of the Art kan ses som föregångare till Nationella riktlinjer.

Nationella riktlinjer

Under 1996 inledde Socialstyrelsen arbetet med Nationella riktlinjer för att stärka patientens möjligheter att få likvärdig, kunskapsbaserad vård i hela landet. Nationella riktlinjer är rekommendationer som bygger på kunskapsläget vid den tidpunkt då riktlinjerna har tagits fram. De utgör vägledning för vårdgivare och är sålunda inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall.

Först ut var Nationella riktlinjer för vård och behandling av patienter med diabetes mellitus 1997. Där pekar man på brister i att tidigt upptäcka tecken på komplikationer och sätta in åtgärder för att förhindra hjärt-kärlsjukdom, slaganfall, kallbrand och synförändringar. De stora skillnaderna i antalet amputationer på grund av kallbrand mellan landstingen visade att det fanns en betydande outnyttjad potential att förebygga komplikationer.

Året därefter, 1998, kom den första versionen av Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård. Där lyfter man fram fyra åtgärder:

- Kranskärlsröntgen bör i ökad omfattning kunna göras på länsnivå.
- Vårdcentraler och ambulanser bör utrustas med automatiska defibrillatorer (hjärtstartare).
- Individuell riskvärdering bör göras efter akut skede av kranskärlssjukdom, dvs. hjärtinfarkt eller hotande hjärtinfarkt.
- Se till att utnyttja den potential att förebygga komplikationer, som inte tas till vara.

Förhoppningen var att regionala och lokala vårdprogram skulle utarbetas på basis av de Nationella riktlinjerna. De första åren omfattade varje riktlinje tre delar med olika målgrupper; en version var huvuddokument med de olika professionella personalkategorierna som målgrupper, en version utgjordes av en sammanfattning med huvudmännen som målgrupp och en tredje version innehöll patientinformation. Ursprungligen gavs de nationella riktlinjerna ut i bokform, på MARS cd-rom skiva och på Internet. Under de år som Nationella riktlinjer producerats har processen vid nyproduktion och revidering utvecklats allt mer. I oktober 2018 fanns 15 slutliga nationella riktlinjer publicerade på Socialstyrelsens webbplats. [262]

Indikatorer och målnivåer

Nationella riktlinjer visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov. Riktlinjerna jämför olika åtgärder och rekommenderar vilka som bör användas. Målet är att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg. För att ta reda på om nationella riktlinjer gör skillnad och om vården och omsorgen blir bättre innehåller riktlinjerna indikatorer som gör det möjligt att mäta och jämföra resultat. Indikatorerna är utgångspunkten i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av vården och omsorgen, men de kan också användas för uppföljning på regional och lokal nivå. Numera anger Socialstyrelsen också målnivåer för hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd. Målnivåerna ger landsting, regioner och kommuner tydliga och mätbara mål att arbeta mot och kan användas för styrning och ledning samt vid uppföljning och utvärdering. [263]

Medicinsk faktadatabas

1993/94 började Socialstyrelsen bygga upp en svensk medicinsk faktadatabas – MARS (Medical Access and Result System) i samarbete med Landstingsförbundet och Spri. Informationens kvalitet garanterades genom medverkan av Socialstyrelsens medicinska expertgrupper med representanter från Svenska Läkaresällskapets sektioner, Läkarförbundets föreningar, vetenskapliga råd samt kvalitetsregisteransvariga. Till en början publicerades materialet i fulltext på Internet, på cd-rom och delvis i tryckt form. I MARS kunde man hitta Nationella riktlinjer, State of the art, kliniska riktlinjer och patientinformation, nationella kvalitetsregister, verksamhetsöversikter, statistik, olika publikationer och klassifikationer. Senare ingick MARS-materialet i Svenskt Medicinskt Fönster som var en gemensam webbplats på Internet för Landstingsförbundet, Läkemedelsverket, Medicinska forskningsrådet, SBU, Socialstyrelsen och Spri. Se också s. 202. Ett nyhetsbrev om innehåll och utveckling av den medicinska faktadatabasen gavs också ut. [264]

MARS-nyheter

Nr 1. Juni 1998

Socialstyrelsen

MARS-nyheter informerar om frågor som har anknytning till den svenska medicinska faktadatabasen MARS – Medical Access & Result System.
Faktadatabasen dokumenterar utvecklingen inom medicinska verksamhetsområden och därför kunskaper till hälso- och sjukvårdens intressenter. Informationens kvalitet garanteras genom samverkan med Socialstyrelsens medicinska expertgrupper, vetenskapliga råd, kvalitetsregisteransvariga och Svenska Läkaresällskapets sektioner/föreningar.
All MARS-information hittar du på www.sos.se/mars.
MARS-materialet publiceras också som trycksaker eller på cd-rom. Det kan beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, Finspångsgatan 51, 163 52 Spånga, fax 08-760 58 95, e-post sos.order@speciol.lagerhus.se
MARS-nyheter utkommer med ca 6 nummer per år.
Ansvarig utgivare:
Claes Akerhus
tel 08-783 33 71
fax 08-783 36 80
e-post marsredaktion@sos.se
Artikelnr 1998-03-001
ISSN 1400-9730

Faktadatabasen MARS Medical Access & Result System

Nio nya kvalitetsregister för 1998

Idag finns ett 40-tal nationella kvalitetsregister som har utvecklats enligt de s k Dagmaröverenskommelserna. Till flera av dessa register har samtliga sjukhus anslutit sig med berörd klinik som ansvarig för den lokala databasen och kvalitetsarbetet. Mer än 500 vårdenheter över landet deltar. Utvecklingsarbetet på nationell nivå leds av representanter från Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen.
Staten och sjukvårdshuvudmännen har i Dagmaröverenskommelsen för 1998 avsatt 15 miljoner för fortsatt utveckling av registren under 1998. I överenskommelsen poängteras särskilt att en framgångsrik utveckling av de nationella kvalitetsregistren förutsätter att kliniker hos samtliga sjukvårdshuvudmän i landet ansluter sig till registren. Parterna anser att det är viktigt att genomföra insatser för att utveckla och förstärka användningen av registren.
I detta nummer av MARS-Nyheter presenteras de nya kvalitetsregister som beviljats för år 1998. En förteckning över samtliga nu etablerade register finns i slutet av nyhetsbladet. De nystartade kvalitetsregistren är särskilt markerade.

KVITTRA, Nationellt kvalitetsregister för traumapatienter

Trauma är den vanligaste dödsorsaken före 40-årsåldern. I Sverige avlider ca 3 000 personer efter trauma årligen och omkring tre gånger så många skadas allvarligt. Ca 138 000 vårddygn utnyttjas varje år för traumavård och sjukhuskostnaderna uppgår till minst 1,5 miljarder kronor.
Idag transporteras de flesta traumapatienter till närmaste sjukhus. Vid omhändertagande av traumafall är det väsentliga att den svårt skadade patienten kommer under kvalificerad vård under den första kritiska timmen, "the Golden Hour".
Debatt har förts under de senaste åren om eventuellt införande av traumacentra. Kunskaper om svensk traumavård och kvaliteten på densamma är dock idag mycket begränsade då tidigare prospektiva uppföljningar har saknats. Syftet med registret är att prospektivt kartlägga omhändertagandet av svårt

9. Socialstyrelsen följer utvecklingen

Uppföljning och utvärdering

Under 1990-talet fick uppföljning och utvärdering av stora reformer ökad tyngd i Socialstyrelsens arbete. Det blev allt vanligare att koppla program för uppföljning och utvärdering till genomförandet, dels för att få en kontinuerlig återföring av erfarenheter, dels underlag till förslag om åtgärder. Regeringsuppdragen har under åren blivit många och ibland omfattande som t.ex. uppföljningen av primärvården, Ädelreformen och psykiatrireformen. Se kapitel 7, s. 93. Inför omorganisationen 1990 betonade regeringen att en av huvudinriktningarna i Socialstyrelsens tillsynsroll skulle vara att följa upp och utvärdera verksamheter mot de mål statsmakterna ställt upp. Som ett sätt att utåt markera denna inriktning startade verket en ny rapportserie med namnet ”Socialstyrelsen följer upp och utvärderar”.

Dessutom har Socialstyrelsen under åren följt, analyserat och kommenterat utvecklingen när det gäller befolkningens hälsa, sociala förhållanden, miljöpåverkan, socialtjänstens insatser för olika grupper, sjukvårdens förändringar m.m. Vi har valt ut några exempel ur den omfattande utgivningen i form av temarapporter, lägesrapporter och årsrapporter. Den som vill följa utvecklingen kan också ha god hjälp av att läsa Socialstyrelsens årsberättelser och årsredovisningar. Socialnytts petitanummer som gavs ut till början av 1980-talet ger också värdefulla tillbakablickar på utvecklingen.

Folkhälsorapporter

Studier inför HS 90, Hälso- och sjukvård inför 90-talet, visade på betydande hälsoklyftor mellan olika yrkes- och sociala grupper. Vissa riskyrken lyftes fram som gruv-, stål-, stuveri- och lagerarbete. Därutöver definierades vissa specifika riskgrupper:

- Arbetslösa (sämre ekonomi, socialt isolerade).
- Ensamboende (missbruk, frånskilda män med kraftig överdödlighet).
- Ensamstående mödrar (oftare psykiska besvär, röker mer än andra).
- Medborgare födda utanför Sverige (oftare värk och psykiska besvär, enformiga arbeten, låg inkomst och sämre bostad). [182]

Folkhälsorapporter från 1987 och framåt är avrapporteringar till regeringen, men rönte också intresse inom kommuner och landsting. Avsikten var att de skulle bidra till den allmänpolitiska diskussionen och opinionsbildningen. Den första kom 1987 och därefter vart tredje år. De ger en överblick över folkhälsan och viktiga faktorer som påverkar den.

Siffror på perinatala dödligheten och på medellivslängden i ett land är två internationellt vedertagna ”mått” som visar hur folkhälsan i ett land utvecklas. Så här har det sett ut sedan 1960- respektive 1970-talen [265]:

Spädbarnsdödligheten per 1000 födda

1960	26,0
1970	16,4
1980	8,7
1990	6,5
2000	5,4
2017	4,6

Medellivslängden i Sverige

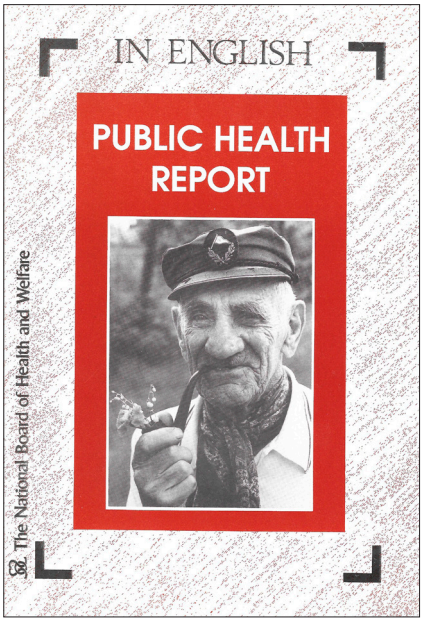
	Kvinnor	Män
1970	77,2	72,1
1980	78,9	72,9
1990	80,4	74,8
2009	83,4	80,4
2016	84,0	80,4

En generell slutsats som dras i rapporterna är att Sverige är ett gynnat land att bo i vad avser faktorer som barnadödlighet, levnadsålder och cancerutveckling. Även om levnadsförhållandena är ojämlika beroende på strukturomvandlingar och lågkonjunktur som lett till arbetslöshet, förtidspensionering, missbruk och psykisk ohälsa. Ohälsotalen ökade kraftigt framför allt hos kvinnor under 1980-talet. Ett betydande problem för äldre är förslitningsskador. Ett annat är invandrares sviktande hälsa.

Uppgifter från några folkhälsorapporter

Folkhälsorapport 1987

I denna första folkhälsorapport, som Socialstyrelsen gav ut i samarbete med Statistiska Centralbyrån (SCB) och Landstingsförbundet redovisades att den perinatala dödligheten 1985 var 30 procent högre bland ensamstående mödrar med låg utbildning. I beskrivningen av hälsosituationen i landet fram till årsskiftet 1986/1987 visas att vissa förebyggande åtgärder haft effekt. Sålunda har kranskärlssjukdomarna minskat genom att tobaksrökningen gått ner. Även livmoderhalscancer har minskat tack vare gynekologisk undersökning med cellprov. Överlevnaden har ökat för personer med högt blodtryck och med vissa typer av cancer. Men, psykisk ohälsa och besvär från leder är fortsatt angelägna folkhälsoproblem. Kostnaden för rörelseorganens sjukdomar har ökat med nära 17 miljarder de senaste fyra åren. Huvuddelen av kostnaderna (84 procent) ligger utanför sjukvårdens kostnader, främst i sjukpensionering och sjukskrivning. [266]



1987 års folkhälsorapport gavs också ut i en sammanfattning på engelska.

Folkhälsorapport 1994

Sverige tillhör de 5–6 bästa länderna i världen när det gäller hälsosituationen, konstaterar Socialstyrelsen inledningsvis i 1994 års rapport. Den sociala skillnaden i dödlighet är dock stor. Hjärt-kärlsjukdom svarar för hälften av alla dödsfall. Dödligheten i hjärtinfarkt är förhöjd inom vissa yrken inom tillverkningsindustrin, transport och service. Mellan åren 1975 till 1990 har dödligheten i malignt melanom ökat för både kvinnor och män medan lungcancer ökat för kvinnor. Fler har drabbats av cancer under perioden men dödligheten har generellt minskat.

Mellan 20 och 30 procent av den vuxna befolkningen uppger vid intervjuundersökningar psykisk ohälsa eller nedsatt psykiskt välbefinnande. Cirka tio procent anger att de lider av ångest och depression.

Skador till följd av våld och misshandel har femdubblats sedan början av 1950-talet och fram till 1992. Sannolikt avspeglar denna ökning fram-

Laila Linnergren-Fleck:
Viktig utveckling av folkhälsoarbetet

När jag 1990 tillträdde en befattning som chef för den nybildade Folkhälsoenheten vid Socialstyrelsen var den landets då största resurs inom folkhälsoområdet med över hundra medarbetare. Verksamheten omfattade lagstadgade myndighetsområden, som smittskydd och hälsoskydd, m.fl. Men också Socialstyrelsens hälsoregister och folkhälsorapportering som samlades i ett epidemiologiskt centrum. Vidare fanns en rad förebyggande programverksamheter inom t.ex. kost, alkohol- och tobaksområdet. Socialstyrelsen fördelade även ekonomiskt stöd till organisationer och initiativ på det förebyggande området. Verksamheten speglade ett i hela landet växande intresse för och ökade kunskaper om befolkningens hälsa och välfärd, liksom för hela det förebyggande området. Frivillorganisationer, folkrörelser, företagshälsovården liksom myndigheter och organisationer lokalt och centralt utgjorde ett brett nätverk som Socialstyrelsen samverkade med liksom den forskning och utbildning som fanns vid främst universitetens och högskolornas institutioner. Folkhälsoenhetens verksamhet betydde mycket för utvecklingen av insatser och metoder som efterhand kunde utvärderas i takt med att kompetensen inom forskning och utbildning inom området ökade. Verksamheten gav upphov till flera nya myndigheter som numera främst finns samlade vid Folkhälsomyndigheten. Jag vill som (ett) exempel särskilt framhålla (smittskyddssektionens) Socialstyrelsens tidiga initiativ till Strama – samverkan mot antibiotikaresistens liksom det olycksfalls- och skadeförebyggande arbetet.

för allt en ökad benägenhet att anmäla. Invandrare blir utsatta för våld och hot i större omfattning än svenskar.

Arbetslösheten ökade från 1,6 procent 1990 till 8,2 procent 1993.

I Folkhälsorapporten pekar man på barns förbättrade uppväxtförhållanden och de förstärkta omsorgerna om äldre. Barnadödligheten (under 5 år) i världen är lägst i Sverige och i Japan. Elever i årskurs nio som använt narkotika hade 1990 minskat till tre procent jämfört med 15 procent 1971. Infektion med klamydia och gonorré har minskat kraftigt från 1983 till 1993. Barns tandhälsa hade förbättrats påtagligt senaste decenniet utom hos invandrarbarn. Mindre positiv var ökningen i rökning hos kvinnor senaste decenniet. [267]

Folkhälsorapport 1997

I 1997 års Folkhälsorapport ställdes frågan: Vilka effekter har sjukvården på hälsan på befolkningsnivå? Hur har prevention inom hjärt-kärlområdet, vaccinationer, antibiotika-behandling, insulinbehandling med mera påverkat livslängden? Svaret blev att var och av vilka du är född, inom vilket område du är uppväxt och lever, din utbildning och ditt yrke, har väsentligt större påverkan på din livslängd än sjukvårdens insatser. Däremot har sjukvården haft stor betydelse för funktionsförmåga och livskvalitet. Hörselhjälpmedel, glasögon, operation av grå starr, kranskärlsoperationer, inoperation av konstgjorda leder är några exempel på insatser av sjukvården som haft betydelse för förbättrad livskvalitet.

Nedsatt arbetsförmåga på grund av besvär med leder och rygg samt psykiska och psykosomatiska sjukdomar har minskat under senaste decenniet. De två hälsoproblem som ökat påtagligt under 1990-talet är övervikt och allergier; men även oro och sömnlöshet.

De största problemen för kvinnor i yrkesaktiv ålder är komplikationer i samband med graviditet och förlossning. De senare har medfört väsentligt högre antal vårddagar jämfört med för ett decennium sedan. Livmoderhalscancer och bröstcancer är vidare de sjukdomar som förorsakar mest lidande och för tidig död hos kvinnor i yrkesaktiv ålder.

För männen i motsvarande ålder förorsakar olycksfall och hjärt-kärlsjukdom efter 40 år betydande förluster i funktionalitet och levnadsår. Självmord och alkoholrelaterade dödsfall är ytterligare två orsaker till förkortad livslängd för män i yrkesaktiv ålder.

I början av 1990-talet började svensk ekonomi mattas av och arbetslösheten därmed öka. År 1996 var i genomsnitt 297 000 män och 270 000 kvinnor arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. En rad negativa effekter av arbetslöshet redovisas i olika studier. Unga män dricker mer alkohol, unga kvinnor röker mer. Den psykiska ohälsan ökar. Dödligheten är två till tre gånger högre bland arbetslösa än personer i arbete – även om antalet justeras för kända riskfaktorer. Bråk, misshandel och skilsmässor är vanligare bland arbetslösa. Barn till arbetslösa har lägre födelsevikt. De har också oftare läs- och skrivsvårigheter. [268]

Senare rapporter

I 2001 års Folkhälsorapport görs en tillbakablick på tidigare rapporter och folkhälsans utveckling. [269] Åren 2003 och 2004 publicerades också

en rapport om hälso- och sjukvård och tandvård samt en om hälsa och sociala förhållanden. [271]

Dessa rapporter ersattes 2005 av de mer omfattande rapporterna Folkhälsorapport 2005 samt Folkhälsorapport 2009. I den sistnämnda sjunde nationella rapporten, redovisas hälsans utveckling i olika befolkningsgrupper och hur den påverkats av levnadsvanor och omgivningsfaktorer. Under de senaste decennierna har hälsan förbättrats vilket avspeglar sig i att medellivslängden fortsätter att öka. Den ökar mer bland män än bland kvinnor. Det har också funnits en ogynnsam utveckling av folkhälsan. Olika symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande ökade kraftigt under 1990-talet utom bland de äldsta. Under 2000-talet tycks dock denna utveckling ha brutits utom bland ungdomar. [272, 273]

Folkhälsan i Sverige 2013 gavs ut gemensamt av Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut – den andra med gemensam utgivning. [274] I den rapporteras en kraftig minskning i hjärt- och kärlsjukdom. Ett undantag är kvinnor med kort utbildning i yngre medelåldern där man kan se en ökning i antalet som insjuknar i hjärtinfarkt. Det gäller även stroke.

Något som lyfts fram i rapporten är den sämre hälsan för personer med kort utbildning. I yrkesverksamma åldrar är dödligheten mer än dubbelt så hög bland personer med förgymnasial utbildning som bland dem med eftergymnasial utbildning. Skillnaden har dessutom ökat sedan början på 1990-talet. Alla stora dödsorsaker i befolkningen som hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser är vanligare bland dem med kort utbildning. Daglig rökning och fetma är också vanligare bland dem med kort utbildning. Dessa skillnader mellan socioekonomiska grupper finns redan i barndomen och i ungdomen.

Ungas psykiska hälsa är sämre 2011 än under 1990-talet. Såväl inläggningar i psykiatrisk slutenvård som sjukhusinläggningar för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser har ökat. Samtidigt har genomsnittliga alkoholkonsumtionen i befolkningen sjunkit under en följd av år och beräknas nu vara den lägsta på tio år. Övervikt och fetma har blivit vanligare de senaste två decennierna.

Folkhälsomyndigheten tog över ansvaret för utgivning av folkhälsorapporter 2014.

Sociala rapporter

År 1993 publicerade Socialstyrelsen rapporten ”Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige” där omfattningen och inriktningen av socialtjänstens insatser och omsorgen av utvecklingsstörda redovisades. Tre år senare publicerades en uppföljning. Tillsammans ger dessa båda skrifter en bred kunskap om socialtjänstens inriktning och utveckling under 1990-talets första hälft. [275, 276]

1994 kom Socialstyrelsens första sociala rapport. Förutom hälsan i befolkningen skulle nu även utvecklingen av social välfärd och riskfaktorer för sociala problem belysas. Några av slutsatserna i den var:

- Många människor får det bättre men de svagas situation försämras.
- Invandrare, ensamstående föräldrar och ungdomar har de sämsta villkoren och flest problem i samband med sitt arbete, ekonomi och boende.

Till vilken nytta?

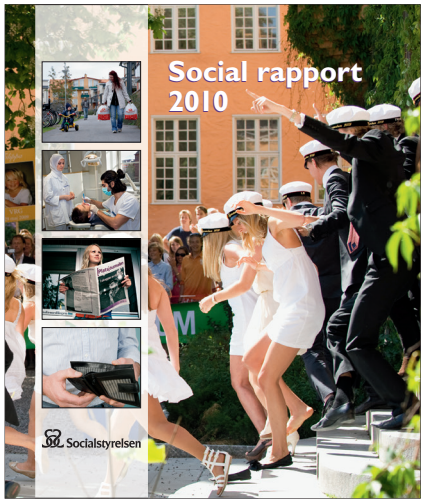
Frågor som kan ställas är: Har rapporterna blivit lästa och av vilka? I vilken omfattning har deras innehåll omsatts i politiska beslut?

För att få veta något om hur Socialstyrelsens folkhälsorapporter och sociala rapporter används gav Socialstyrelsen den sociologiska institutionen vid Lunds universitet i uppdrag att utvärdera spridning och användning av 1994 års Folkhälsorapport och Sociala rapport. Resultaten visar att rapporterna i hög grad var kända och ofta lästa av personer inom riksdag, departement, centrala myndigheter och organisationer, representanter från fackföreningar, länsstyrelser, men framför allt bland landstingens samhällsmedicinska enheter, hälso- och sjukvårdsnämnder och kommunernas miljöförvaltningar. Folkhälsorapporten var dock inte lika väl spridd och känd bland läkarna. Rapporterna hade en mycket hög trovärdighet och användes flitigt som kurslitteratur på universitet och högskolor. Många av de intervjuade gav exempel på hur de använt rapporterna i det egna arbetet, t.ex. i samband med utredningar, motionsskrivande, interpellationer, debatter och föredrag. [270]

- Skillnader i välfärd ökar. Invandrare får det sämre än svenskar, ensamstående föräldrar sämre än samboende med barn. Ungdomar får det sämre än föräldragenerationen och kvinnor får det sämre än män.
- Försämringarna kom redan under 1980-talet och under 1990-talets första år försvåras situationen ytterligare för de svaga grupperna.
- Barnens materiella villkor försämrades under 1980-talet.
- De som har problem med arbete, boende eller ekonomi har därutöver också oftare sämre hälsa, har svårare att tillvarata sina intressen samt är mer utsatta för våld och stöld. [277]

I Social rapport 1997 redovisades bland annat arbetslöshet och andra problem på arbetsmarknaden, låga inkomster och fattigdom, missbruk, brottslighet samt levnadsvillkor i storstädernas olika bostadsområden. Ungdomar, ensamstående föräldrar och invandrare drabbades allra mest av 90-talets kris. Ungdomars etableringssvårigheter, de ensamstående föräldrarnas ekonomiska utsatthet och invandrares integrations- och etableringssvårigheter framträder mycket tydligt. Antalet fattiga var inte fler än på 80-talet, men de utsatta grupperna hade blivit fattigare. [278]

Social rapport 2010 var den femte i raden av nationella rapporter om sociala förhållanden som Socialstyrelsen överlämnat till regeringen. Även den ger en översikt över vilka de sociala problemen är, varför de uppstår och hur de förändras över tid. Den belyser och analyserar den långsiktiga utvecklingen med tyngdpunkt på det senaste decenniet. Särskilt uppmärksammas de grupper som är mest eftersatta i ekonomisk och social bemärkelse. [279]



Den utveckling mot ökad polarisering som visade sig på många samhällsområden under 1990-talet har under 2000-talet mattats av och stabiliserats. Fler kan försörja sig på sitt arbete men den andel som under längre tid står både utanför arbetsmarknaden och utanför de sociala försäkringssystemen är oförändrad (3–4 procent).

I Social rapport 2010 presenteras också ny kunskap inom olika områden. För de allra flesta är fattigdom inte bestående – hälften lämnar den redan inom ett år. Den som en gång varit fattig löper däremot stor risk att återigen hamna i fattigdom. Risken att ärva sina föräldrars fattigdom är bara något förhöjd i Sverige, däremot är det betydligt vanligare att barn till höginkomsttagare blir välbärgade som vuxna. Utbildningen är en av de viktigaste faktorerna för ungdomars framtida möjligheter. Ju tidigare utbildningskedjan bryts desto sämre är framtidsutsikterna. De grupper som har låga eller ofullständiga betyg från grundskolan har kraftigt förhöjda risker för framtida psykosociala problem.

Temarapporter om olika åldersgrupper

2013 inledde Socialstyrelsen en rapportering utifrån olika åldersgrupper. ”Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013” var först ut. I den ger Socialstyrelsen en helhetsbild av barns och ungas välfärd, med fokus på Socialstyrelsens ansvarsområden. Dessutom belyses sociala förhållanden. Rapporten tar också upp frågor om vilka grupper i samhället som är särskilt missgynnade och som löper risk att få hälsomässiga, sociala och/eller ekonomiska problem.

Miljöhälsorapporter

Socialstyrelsen gav 2001 Institutet för miljömedicin och Miljömedicinska enheten inom Stockholms läns landsting i uppdrag att ta fram en miljöhälsorapport. Den kom framför allt att handla om luft, vatten, metaller och organiska ämnen samt den fysikaliska miljön. [280]

Luftföroreningar utomhus angavs ge upphov till 100–200 lungcancerfall per år. Drygt en miljon svenskar rapporterar varje år symtom som trötthet, huvudvärk, allergier som de anser beror på inomhusmiljön.

Smittspridning via livsmedel och vatten är ett betydande problem. Mörkertalet är stort men drygt 400 000 personer matförgiftas i landet varje år. Vattenburen smitta kan drabba ett helt samhälle. Källan till smittan kan vara svår att finna.

Metaller och persistenta organiska ämnen sprids i naturen, kommer in i luft och vatten och förs vidare till grödor, fisk och vilt. Det rör sig om arsenik i dricksvatten, metalliskt kvicksilver i fisk, kadmium (njurtoxiskt), dioxiner, PCB.

Miljöhälsorapport 2009 visar att flera faktorer i miljön påverkar vår hälsa. Allt fler blir påverkade av vägtrafikbuller och många får luftvägsproblem av dålig inomhusmiljö. Buller är den miljöstörning som påverkar flest människor i Sverige och andelen som besväras bara ökar. Sedan 1999 hade antalet personer som besväras minst en gång i veckan av vägtrafikbuller ökat från cirka 600 000 till 800 000 personer. Ökningen beror på att fler har flyttat till storstadsområden, att nya bostäder byggs nära vägar och att trafikmängden har ökat. Både svenska och internationella studier tyder på att personer som utsätts för trafikbuller under en lång tid löper en ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar.

I 2009 års Miljöhälsorapport får man också veta att luftkvaliteten i Sverige har förbättrats mycket de senaste 30 åren, men de sista tio åren har förbättringen stannat av. Livslängden hos Sveriges befolkning beräknas bli minst sex månader kortare på grund av luftföroreningar. Det beror framför allt på att luftföroreningar ökar risken att dö i hjärt-kärlsjukdom. Omkring 200–300 lungcancerfall per år orsakas helt eller delvis av luftföroreningar. Men det finns positiva trender – allt färre utsätts för tobaksrök i hemmet och på arbetet. [281]

Sjukvårdsrapporter

Regeringen gav 1994 Socialstyrelsen i uppdrag att fortlöpande rapportera förhållandena inom hälso- och sjukvården. Den första rapporten publicerades 1995. Vi har hämtat uppgifter från några.

Sjukvården i Sverige 1998

Verksamheten är imponerande och utvecklas snabbt var en beskrivning av vården. En annan var att förändringarna gått allt för snabbt. Det är för tvära kast och det finns en förändringströtthet i vården. Samtidigt finns fortfarande krav på omfördelning av resurser och anpassning till förändringar i befolkningens sammansättning. Betydande potential finns för effektiviseringar. Goda exempel finns dock. Medelvårdtiden på BB har

till exempel minskat från 4,7 till 2,2 dagar och för hjärtsvikt från 9,5 till 3,5 på ett decennium. Där brister finns, beror de snarare på svagt ledarskap, otillräcklig kompetens och/eller problem med samordning än på resursbrist. Vården behöver tydliga mål att arbeta mot.

Betydande förändringar har skett inom kirurgin där allt fler ingrepp sker inom öppna vårdformer. Köer är ett allvarligt problem inom vården. Delvis beror detta på den medicinska utvecklingen med introduktion av nya metoder; exempelvis vid grå starr, hjärtsjukdom, vissa former av cancer och inoperation av konstgjorda leder vid förslitningsskador. Det finns signaler om stress och utbrändhet bland vårdpersonalen. Det finns stora krav på vidareutbildning av all vårdpersonal, bland annat för att kunna hänga med i utvecklingen. I storstäderna finns samverkansproblem mellan öppen och sluten vård. Primärvårdens roll är oklar där.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009

En sammanfattande bedömning i 2009 års hälso- och sjukvårdsrapport är att vården i stort uppvisar bättre resultat över tid. ”Öppna jämförelser” har fått stort genomslag och stimulerar till åtgärder för att förbättra vårdens resultat. Den specialiserade sjukvården är av hög kvalitet vid en internationell jämförelse. Även om kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat kraftigt sedan början av 1990-talet har andelen i relation till BNP varit relativt konstant (cirka 9 procent). Av 30 OECD-länder har endast Danmark kortare vårdtider enligt OECD Health Database 2008. Men problem finns. Vården är fragmenterad. Den är inte jämlik. Tillgängligheten måste bli bättre. [282]

För vissa sjukdomar har vårdresultaten förbättrats. Risken att insjukna i hjärtinfarkt har minskat med 25 procent från 1987 till 2007. Även risken att drabbas av stroke har minskat. Dödligheten i cancer har minskat generellt. Diabetesvården och behandling av hjärtsvikt har mätbart förbättrats. Däremot behöver annan psykiatri än läkemedelsbehandling utvecklas. Palliativa vården är ojämn i landet. Infektioner på sjukhus är ett orosmoln. Patienter med KOL ökar. Fokus på prevention behöver generellt bli bättre.

I en kortversion av Hälso- och sjukvårdsrapport 2009, ”Bra kan bli bättre”, sammanfattas läget i tio punkter (tendenser):

1. Folkhälsan har blivit bättre – till viss del.
2. Vården är inte lika god för alla.
3. Allt fler sjukdomar kan behandlas.
4. Sjukvården kostar mer.
5. Den vetenskapliga grunden stärks.
6. För många patienter skadas inom vården.
7. Vårddokumentationen blir mer enhetlig.
8. Tillgängligheten är ett fortsatt problem.
9. Öppna jämförelser förbättrar vården.
10. Trolig personalbrist inom äldreomsorgen.

Det finns stora möjligheter att använda personalens kompetens på ett mer flexibelt och kreativt sätt konstateras vidare i rapporten. [283]

I kortversionen finns också en lista på utmaningar inför framtiden:

1. Minska skillnaderna i hälso- och sjukvård.
2. Öka medborgarnas och patienternas delaktighet.
3. Förbättra tillgängligheten.
4. Höj patientsäkerheten.
5. Hantera det nya sjukdomspanoramat (psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar, pandemier).
6. Utveckla IT-tjänsterna.
7. Hantera den demografiska utvecklingen.
8. Ta fram en långsiktig personalförsörjningsplan.
9. Lös finansieringsproblemet.

Jämlikhet och jämställdhet

Frågor som rör jämställdhet mellan könen och jämlikhet mellan medborgare inom vård och omsorg har uppmärksammats, utretts och redovisats på olika sätt, särskilt efter år 2000. I en uppföljning av landstingens engagemang för jämställdhet i vården under 2007 kunde Socialstyrelsen konstatera att landstingens insatser för jämställdhet hade ökat påtagligt under de senaste tre åren. Samtliga landsting hade år 2007 mål om jämställdhet för vårdtagare inskrivet i allmänna policydokument, jämfört med ungefär hälften av landstingen vid kartläggningen år 2003. I sin rapport skriver Socialstyrelsen också att arbetet med öppna redovisningar av vårdresultat och annan information verkar ha bidragit till större medvetenhet om betydelsen av att dela upp vård och verksamhetsstatistik på män och kvinnor. Häften av landstingen meddelar att de har särskilda indikatorer kopplade till jämställdhet i sitt arbete med uppföljningen av vården – jämfört med inga landsting vid frågetillfället år 2003. [285]

Socialstyrelsen har också haft regeringens uppdrag att beskriva kunskapsläget om jämlikhet i vården, föreslå effektiva metoder för att utjämna skillnader samt åtgärder som ger störst hälsovinster. 2011 gav Socialstyrelsen ut rapporten ”Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården”. Där sammanfattas kunskapsläget inom några centrala områden i hälso- och sjukvården. De viktigaste utmaningarna identifieras också och Socialstyrelsen ger förslag på fortsatta analyser och åtgärder, fördelat på vem som bör göra vad – Socialstyrelsen, regeringen, huvudmännen och forskningen. Lägesbeskrivningen finns också i en kortversion, ”Den jämlika vårdens väntrum. Läget nu och vägen framåt”. [286, 287]

Inom Socialstyrelsens regeringsuppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården ingår även att ta fram särskilda öppna jämförelser av jämlik vård. 2015 års öppna jämförelse av jämlik vård fokuserar till exempel på kvinnors hälso- och sjukvård utifrån indikatorer som visar processer och resultat inom graviditets- och förlossningsvård, gynekologisk vård samt cancersjukvård. [288]

Utbildningsmaterial om bemötande och jämlik vård

”Att mötas i hälso- och sjukvård” är ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlik vård riktat till personal i hälso- och sjukvården.

Lite epidemiologisk historia

I en redovisning från Serafimerlasarettet 1863 skriver *Magnus Huss* som var medicinska klinikens överläkare och professor vid Karolinska Institutet bland annat följande:

”Sjukvården i Sverige fick på 1700-talet en inriktning på akut kroppssjukvård med syfte att försöka återge hälsa och arbetsförmåga hos patienter med behandlingsbara åkommor. I detta syfte skulle staten befrämja en frisk och arbetsför befolkning, vilken skulle ge en rik tillgång på billig arbetskraft”. Det första sjukhuset i landet med denna inriktning var Serafimerlasarettet i Stockholm, som öppnade 1752.

På ett pappersark 140 x 65 centimeter stort har år 1856 med bläckpenna i prydlig handstil nedtecknats de vårdades ålder och kön samt för vilka sjukdomar de vårdats under året. Dessutom finns en redovisning av vårdens utfall.

Sjukdomarna indelas först i fyra grupper nämligen Morbus epidemici, Cachexiae, Intoxicationes och Morbi locales. Den senare gruppen är i sin tur indelad i organspecifika områden. Flest patienter fanns i diagnosgruppen pneumonie och därefter i Morbus Epidemies. Infektionssjukdomarna dominerar således.

Könsfördelningen är anmärkningsvärt ojämn; endast 39 procent av de 1 288 vårdade patienterna var kvinnor/flickor.

Under rubriken utskrivna fanns underrubrikerna: friska, förbättrade, oförändrade och döda. Inte mindre än 761 (59 procent) skrevs hem som friska. Antalet avlidna på medicinavdelningen under året var 179 (14 procent). [284]

Svensk hälsa och vård är fortfarande ojämlik

”Vi svenskar lever allt längre och fler överlever sjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och cancer. Samtidigt är hälsan och vården inte jämlik – och det fortsätter att finnas skillnader mellan kvinnor och män och mellan personer med olika lång utbildning. Socialstyrelsen ser flera förbättringsområden som exempelvis förebyggande hjärtsjukvård, självmordsprevention, fallskador, tandvård och väntetider inom vården.

Hälso- och sjukvården ska enligt lagen erbjudas på lika villkor oavsett om du är man eller kvinna, vilken utbildning du har, hur gammal du är eller var du bor och kommer ifrån. Så ser det inte alltid ut i dag. Svensk vård har fortfarande en bit kvar till jämlikhet – det visar Socialstyrelsens nya jämförelse av hälso- och sjukvården.

I den nya rapporten framgår att det har skett många förbättringar inom svensk sjukvård och att hälsan har blivit bättre. Medellivslängden har ökat sedan 1980, och även vid internationella jämförelser ligger Sverige högt. Överlevnaden har ökat för flera sjukdomar, till exempel diabetes, hjärtinfarkt och stroke och är även bättre för ett flertal cancersjukdomar. Exempelvis lever i dag nära 90 procent av dem som fått prostatacancer och bröstcancer fem år efter diagnos.” (Ur debattartikel av *Olivia Wigzell* och *Mona Heurgren*, DN Debatt 24 januari 2017)

I utbildningsmaterialet betonas bemötande i vid mening och det ansvar att behandla alla patienter jämlikt som ligger i sjukvårdarens yrkesroll. De regelverk som styr hälso- och sjukvårdens verksamheter avseende bemötande, jämlik vård och diskriminering tas också upp, liksom systematiskt förbättringsarbete och förhållningssätt som stärker en patientcentrerad vård. Utbildningsmaterialet har tagits fram i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. En dialog har också förts med berörda organisationer inom hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper och berörda intresseorganisationer. [240]

Nationella kvalitetsregister

I början av 1990-talet ökade intresset för kunskapsbaserad medicin i hälso- och sjukvården. Register började byggas upp inom olika sjukdoms- och behandlingsområden av entusiaster på kliniker, inom Svenska Läkaresällskapets sektioner och Sveriges läkarförbunds föreningar. Även patientföreningar uppmuntrade tillkomsten av resultatjämförelser. Vid användningen av implanterade produkter som höft- och knäproteser, hjärtklaffar, pulsgeneratorer (pacemakers) fanns ett intresse av att registrera produktnummer för att tidigt kunna avslöja undermåliga tillverkningsserier. Såväl Socialstyrelsen som dåvarande Landstingsförbundet började också bygga upp kompetens på dessa områden för att kunna stödja utvecklingen i landstingen. Bland annat skapades den så kallade QUL-utmärkelsen som gjorde det möjligt för sjukhus, kliniker och vårdenheter att systematiskt värdera hur långt man kommit med att etablera systematiskt, mätbaserat och patientfokuserat kvalitetsarbete.

I förhandlingsuppgörelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om 1990 års ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen infördes för första gången en ersättning på totalt 2 miljoner kronor till de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att ansvara för Nationella kvalitetsregister. Året därpå, 1991, höjdes ersättningen till 4 miljoner kronor. En styrgrupp gemensam för Landstingsförbundet och Socialstyrelsen fördelade medlen. Socialstyrelsen utarbetade förslag till vilken information

Mer jämlik vård framöver?

Sofia Wallström har haft regeringens uppdrag att komma med förslag på hur svensk sjukvård kan bli mer kunskapsstyrd och jämlik. Bakgrunden till utredningen är de stora olikheter i utfall mellan enskilda yrkesutövare, olika vårdgivare och olika huvudmän som bland annat uppdagats av Socialstyrelsens öppna jämförelser. Utredaren föreslår mindre statlig detaljstyrning och ökade krav på att landsting och kommuner tar större ansvar för nationell kunskapsstyrning. I ett av förslagen ”ges Socialstyrelsen en särställning bland myndigheterna gällande kunskapsstyrningen inom vården. Regeringsuppdragen till vården bör samtidigt bli färre.”

Utredningen föreslår en förstärkt nationell uppföljning av kunskapsbaserad och jämlik vård. Syftet är att stimulera till förbättring, öka vårdens transparens nationellt samt identifiera och sprida goda exempel. Vidare ska uppföljningen ge regeringen förutsättningar att se när jämlikhet och kvalitet brister och lägga detta till grund för ansvarsutkrävande och samråd om möjliga förbättringsåtgärder.

Socialstyrelsen föreslås få huvudansvar för att stödja huvudmännen i frågor som syftar till att utveckla och använda kunskapsstöd genom ökad digitalisering, bland annat genom standarder, nationellt fackspråk och informationsstruktur. Socialstyrelsens nationella riktlinjer renodlas till årliga underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner. Riktlinjerna ska innehålla underlag för både horisontella och vertikala prioriteringar. Syftet är att ge bästa kunskap inför strukturbeslut och beslut om övergripande resursfördelning. [289]

som borde samlas in till registren. Nina Rehnqvist hade stort engagemang i utvecklingen av kvalitetsregistrens innehåll genom samverkan med landstingsföreträdare och intressegrupper i vården. En nationell samrådsgrupp för kvalitet och säkerhet bildades 1991. Mellan åren 1990 och 1994 fick 31 nationella kvalitetsregister bidrag från Dagmarmedel. [290]

Representanter från Landstingsförbundet och Socialstyrelsen bildade 1993 tillsammans med två registerhållare och en representant från Svenska Läkaresällskapet det som något år senare döptes till Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister. Gruppen diskuterade hur fler register skulle kunna skapas och finansieras, och principerna för dagens decentraliserade registersystem utformades.

Det administrativa arbetet på central nivå sköttes först av Socialstyrelsen. Idag är kansliet placerat på Sveriges Kommuner och Landsting. Där hanteras alla registrens redovisningar och ansökningar. Kansliet leder också ett antal nationella projekt, och håller i nationella träffar som Rundabordsmöten för registerhållare och registercentrum, samt den Nationella Kvalitetsregisterkonferensen. 2017 fanns 96 kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmannen och staten. [291]

I Svensk Medicin nr 38/1993 redovisar Spri, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund kvalitetsindikatorer inom ett urval verksamhetsområden, som Nationella samrådsgruppen för kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården hade ”beställt”. De var avsedda att prövas i praktisk sjukvård. Indikatorer var framtagna för elva medicinska specialiteter.

De resultatmått som tagits fram i de nationella kvalitetsregistren används i varierande omfattning visar en genomgång från 2008. Delvis beror skillnaderna på vad verksamheterna prioriterat.

Procentuell andel av resultatmått i nationella kvalitetsregister:

	Procent
Komplikationer	80
Överlevnad	72
Sjukdomsbesvär:	
Läkarbedömda	62
Patientbedömda	62
Patienttillfredsställelse	50
Läkning	50
ADL-funktion	48
Hälsorelaterad kvalitet	42

[292]

Nationella indikatorer för god vård

För att kunna följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och få underlag till förbättringsarbete behövs olika typer av indikatorer och mått. På nationell nivå har indikatorer tagits fram av bland annat Socialstyrelsen, intresseorganisationer och inom projektet Nationella Kvalitetsregister. Inom bland annat InfoVU-projektet testades en modell för utveckling av kvalitetsindikatorer som ursprungligen tagits fram i Stockholms läns landsting. [294] Modellen testades första gången i arbetet med nationella riktlinjer om cancersjukdomar och stroke.

Det började i Boston

På Sveriges Kommuner och Landstings webbplats kan man läsa följande om kvalitetsregistrens historia:

Det var en gång en man som sade: ”Jag anses excentrisk, emedan jag säger offentligt att om sjukhusen vill vara säkra på att bli bättre, så måste de ta reda på vilka resultat de har. De måste analysera sina resultat för att hitta starka och svaga punkter. De måste jämföra sina resultat med andra. Sådana åsikter kommer inte att vara excentriska om några år.”

Mannen hette Amory Codman och var framgångsrik kirurg vid Harvarduniversitetet i Boston, USA, i början av förra seklet. Han gjorde banbrytande arbeten bland annat inom skulderkirurgi, magsårskirurgi och ortopedisk onkologi. Under hela sitt yrkesliv kämpade han dessutom för idén att läkarna måste följa upp slutresultatet av behandlingen av varje patient. Han kallade detta ”The End Result Idea”. [293]

Sjukvården måste bli ”genomskinlig”

”Vid en genomgång som Socialstyrelsen gjorde 2003 kunde konstateras att flera OECD-länder gjort stora satsningar för att skapa kanaler för jämförelser av vårdresultat (så kallade performance indicators) mellan olika sjukvårdsinrättningar. – Denna utveckling har nu tagit fart i Sverige, bland annat ökar öppenheten i vårdens olika kvalitetsregister. Det är positivt ur många synvinklar. Först och främst bidrar det till att avmystifiera vården: att göra verksamheten begripligare för dess brukare, för anhöriga och för dess finansiärer, det vill säga alla skattebetalare.”
(Ur debattartikel av *Bo Lindblom* och *Kjell Asplund* i Dagens Nyheter 26 november 2004)

2009 presenterade Socialstyrelsen en samlad uppsättning nationella indikatorer för de sex områden som kännetecknar God vård. [295] I nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting har Socialstyrelsen också tagit fram nationella indikatorer för primärvården [296]. Indikatorerna används bland annat i öppna jämförelser och vid uppföljning och utvärdering av nationella riktlinjer. Samarbete sker också med andra länder inom Nordiska rådet och OECD.

2017 gav Socialstyrelsen ut en handbok som beskriver hur Socialstyrelsen utvecklar indikatorer, samt hur de tas fram och används inom öppna jämförelser, nationella riktlinjer och utvärderingar samt vägledningar. Nationella indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar genomförs ofta i samverkan med en eller flera andra aktörer. [297]

Öppna jämförelser

Kvalitetsregistren var en viktig källa för att kunna sjösätta projektet Öppna jämförelser, där data tolkades och gjordes tillgängliga för beslutsfattare i landstingen. Genom att använda data från registren kunde myndigheterna ”sätta tummen i ögat på politikerna så att de utvecklade vården inom sina landsting”.

2009 tog Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och branschorganisationen Famna fram en nationell strategi för öppna jämförelser. Med den som utgångspunkt beslutade sedan regeringen om en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Alla skulle ges möjlighet att ta del av aktuella uppgifter om vårdens och socialtjänstens kvalitet, resultat och effektivitet. Socialstyrelsen fick i uppdrag att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka datatillgången inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. [298, 299, 300]

Verksamheter som redovisats i Socialstyrelsens öppna jämförelser är bland annat Missbruks- och beroendevården, Sociala barn- och ungdomsvården, Stöd till personer med funktionsnedsättning – LSS samt Säker vård, Jämlik vård, Kroniska sjukdomar och En god vård? – Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. [301]

Bo Lindblom: **Öppna jämförelser – igår, idag och imorgon**

Socialstyrelsen började driva frågan om öppna kvalitetsredovisningar kring millennieskiftet och framåt. Spri hade redan under 1990-talet tagit steg i den riktningen men Socialstyrelsen drev på utvecklingen, både genom debatt och genom att börja publicera landstingsjämförelser – i sin Hälso- och sjukvårdsrapport och Folkhälsorapport. Det togs emot väl av flertalet men det fanns fortfarande motstånd mot denna form av öppenhet. Länge fanns det starkt ifrågasättande inom läkarkåren, som hade makten över data i kvalitetsregistren, men även landsting och kommuner var villrådiga och ängsliga över att ”hänga ut” vissa huvudmän med dåliga resultat. Det mesta av vad som gjordes – och uppnåddes – i vården låg vid den tiden ännu i en ”black box”. Genom utvecklingen mot större öppenhet om vårdresultat internationellt (både i USA och Europa) och på andra samhällsområden (inte minst inom skolan) lossnade det dock kring 2005 och plötsligt ville alla ha ”Öppna jämförelser” inom vården – och snart också inom socialtjänstens område.

Dammluckorna öppnades helt 2006 och det ledde fram till den första rapporten som helt ägnades åt ämnet: ”Öppna jämförelser – jämförelser mellan landsting”, som publicerades tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting. Därefter har antalet indikatorer och mängden data flerfaldigats och idag talas allmänt om ”data overload”. Kvalitetsregistren har fått starkt ökade resurser, fler datakällor har identifierats och kvalitetsindikatorer tas fram på allt fler områden. I hela denna utveckling har Socialstyrelsen haft en central roll, även om självständigheten visavi huvudmännen och Sveriges Kommuner och Landsting återkommande har ifrågasatts. Dagens utmaning är att ytterligare definiera begreppet *god vård* och skapa en samsyn kring vilka data som egentligen behövs för att göra bedömningar – mellan aktörer och av förändringar över tid. Även i fortsättningen måste hög datakvalitet och väl avvägda bedömningar säkerställas.

10. Heta frågor under de 50 åren

I det här kapitlet redovisar vi några av de frågor som under åren varit omdiskuterade, kontroversiella och/eller fått mycket uppmärksamhet i pressen. Listan kan förmodligen göras mycket längre.

THX-doktorn

Thymusorganet är platsen för bildande av celler i blodet med stor betydelse för kroppens immunförsvar. Organet är livsviktigt under foster- och spädbarnsperioden.

Veterinären, medicine doktor *Elis Sandberg* startade i början av 1950-talet en verksamhet i Aneby som framför allt bestod av thymusextrakt (nermald kalvbräss, thymus, sv. brässen). Extraktet injicerades på patienter med olika sjukdomar. Sandberg kallade extraktet THX. Han kom också att kallas för THX-doktorn. Sandberg gjorde försök på djur med injektion av thymusextrakt och ansåg sig ha funnit gynnsamma effekter av preparatet. Mot den bakgrunden startade han sin verksamhet i Aneby. Hans teori var att extraktet skulle stimulera kroppens immunförsvar och därigenom bota eller lindra olika sjukdomar, även cancer.

Sandberg var veterinäre doktor inte läkare, som säkert många patienter trodde. Verksamheten var mycket omfattande. I januari till och med oktober 1965 gavs 125 000 injektioner på mottagningen. I mitten av 1960-talet hade han 25 personer anställda och ett 100-tal som levererade THX till filialer. Behandling med thymusextrakt gjordes också på enheter i Tyskland.

Starkt stöd från allmänheten

Läkare informerade Medicinalstyrelsen om att Sandberg behandlat patienter som undanhållits konventionell sjukvård på 1960-talet. Eftersom han inte tillhörde den legitimerade vårdpersonalen kunde han inte anmälas till disciplinnämnden. I stället förhördes han av polis och åtalades efter begäran av Medicinalstyrelsen flera gånger. I förhören svarade inte Sandberg på de frågor som ställdes utan berättade i stället om lyckade behandlingar. Han fälldes för brott mot läkemedelsförordningen. Han fortsatte ändå sin verksamhet, inte minst med det starka stöd han hade från allmänhet och media. Även riksdagsledamöter var engagerade i frågan. Böcker skrevs om verksamheten i Aneby.

Vi fick en ny lag och förordning 1981 om injektion av naturmedel, mycket tack vare Sandbergs verksamhet. 1983 ansökte Sandbergs företag AB THX i Aneby hos Socialstyrelsens läkemedelsavdelning om att få använda THX som naturmedel för injektion. Eftersom var femte testad sats inte var bakteriefri fick företaget avslag. I avslaget togs inte ställning till om THX var verksamt vid sjukdomsbehandling eller inte. Läkemedelsavdelningen bedömde endast säkerheten att ge preparatet vid ”immunbristsjukdom och svåra kroniska sjukdomar” i enlighet med lagen om naturmedel för injektion. ”Beslut om injektion ska ges av legitimerad läkare.

Sterilkontroll gjordes av Statens Bakteriologiska Laboratorium (SBL) och apoteket i Aneby svarar för distribution av lösningarna". THX blev godkänt att användas som naturmedel 1987.

"Allmänhetens försvar för Sandberg kan närmast liknas vid en folkrörelse där sjukvården var statens förlängda arm. Försvaret av Sandberg var ett motstånd mot statlig auktoritet och myndighetsutövning. Det var också en kamp mellan de som kände sig svikna av sjukvården på ena sidan och Medicinalstyrelsen och forskarsamhället på den andra." (Maria Björk, "Då trodde man att ett extrakt kunde bota cancer", Dagens Nyheter 4 juni 2015). En intervjuundersökning 1966 visade att 90 procent av patienterna som behandlades i Aneby var besvikna på sjukvården.

Troligtvis var det Sandbergs sätt att bemöta patienterna som gav en placeboeffekt, skrev cancerläkaren *Jerzy Einhorn* efter granskning av verksamheten i Aneby på Socialstyrelsens uppdrag.

En son tog över verksamheten då Elis Sandberg drog sig tillbaka. År 2000 gick THX-kliniken i konkurs och tillverkningen upphörde.

Antroposofisk medicin i Järna

Wilhelm Jülke var verksam som läkare i Järna i Södermanland i mer än trettio år. Förutom allmänmedicin ägnade han sig åt antroposofisk medicin, akupunktur och kiropraktik. Socialstyrelsen beslöt granska Jülkes verksamhet på 1970-talet efter att några läkare gjort Socialstyrelsen uppmärksam på att verksamheten inte var förenlig med medicinsk praxis. Frågan var om de antroposofiska behandlingarna ersatte eller fördröjde konventionell medicinsk behandling. Inspektion på plats fann inget att anmärka på. Samtliga Jülkes journalhandlingar förda under sex månader togs med och granskades. Det gick inte att visa, att någon patient undanhållits konventionell medicinsk behandling, varför Socialstyrelsen inte fann anledning att föra ärendet vidare till Medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Antroposofiska läkemedel har en särställning inom svensk läkemedelslagstiftning. Särskilda försäljningstillstånd för antroposofiska läkemedel har funnits sedan 1993. Den 1 juli 2018 började dock en ny lag med övergångsregler till 2021 gälla där undantaget med särskilda försäljningstillstånd för så kallade antroposofiska läkemedel tagits bort. Tillverkare av dessa medel måste ansöka om registrering eller få godkännande för försäljning hos Läkemedelsverket. Antroposofiska medel ska bli prövade enligt samma regler som för övriga läkemedel.

Akupunktur

Socialstyrelsen godkände 1984 akupunktur som metod i sjukvården, framför allt vid smärtbehandling. Andra användningsområden som vid rökavvänjning diskuteras flitigt. Kanske bidrog det studiebesök i Kina som en grupp läkare under avdelningschef *Sven Alsén* gjorde i januari 1975 till ett ökat intresse för akupunktur vid bland annat smärtbehandling. Besöket gjordes efter en inbjudan från Folkrepubliken Kinas ambassad i Stockholm. Gruppens besök dokumenterades bland annat i en specialbilaga till Socialstyrelsens tidskrift Socialnytt, "Hälso- och sjukvård i Kina. Några intryck från en studieresa, januari 1975".

Socialstyrelsen vill inte uppmuntra medeltida tro

Socialstyrelsens läkemedelsavdelning säger klart nej till att ett sjukhusapotek inrättas vid Vidarkliniken i Järna där samtliga antroposofiska preparat får förskrivas utan att ha genomgått lagstadgad kontroll. Ett accepterande av antroposofiska läkemedel i Sverige skulle innebära att vi återuppväcker medeltida föreställningar, säger läkemedelsavdelningen i sin mycket kritiska promemoria till Socialdepartementet. I den antroposofiska läkemedelsverksamheten är inslaget av ren vidskepelse omfattande. Sjukdom anses bero på att människans relation till kosmos blivit "störd". (Socialnytt nr 6, 1979)

Akupunktur jämställdes med andra behandlingar inom hälso- och sjukvården 1993 efter att nya studier visat dess värde, framför allt vid vissa smärttillstånd. Men som alltid ska akupunktur användas utifrån vad vetenskap och beprövad erfarenhet visat.

Amalgam

Icke önskvärda effekter av dentala material, framför allt amalgam, diskuterades flitigt under 1980- och 1990-talen. Många olika symtom ansågs bero på amalgam. Tandvårdsskadeförbundet hade ett stort engagemang i frågan. En mångfald artiklar skrevs, framför allt i veckopressen. Engagerande debatter förekom i TV. Beskrivningar av hur patienter med framför allt fibromyalgi, psykisk sjukdom och trötthetssyndrom blivit friska efter amalgamsanering publicerades. Socialstyrelsen kom att dras in i debatten om amalgams farlighet.

En hearing om ”Kvicksilver i hjärnan i samband med amalgamfyllningar” anordnades av Socialstyrelsen 1985. Den kan sammanfattas i tre meningar. Ett samband har kunnat påvisas mellan amalgamfyllningar i munnen och kvicksilverhalten i hjärnan. Inga kroppsliga besvär kan relateras till kvicksilverhalten i hjärnan utifrån de studier som hittills gjorts. Forskningen på området bör öka. En fristående expertgrupp tillsattes med namnet LEK (lågdoseffekt av amalgam). Professorerna *Lars Friberg* och *P-O Lundberg* ledde utredningen. Socialstyrelsen representerades av *Viking Falk* och *Hans Sundberg*. Gruppens uppgift var att dels utreda om kvicksilver från amalgam kan orsaka förgiftning eller allergi, dels utreda vilka risker användning av amalgam kan medföra för tandvårdspersonal.

LEK-utredningens resultat sammanfattades 1987 i sex punkter:

- Amalgamfyllningar bör successivt avvecklas.
- Inget amalgamarbete ska göras under graviditet, eftersom kvicksilver passerar moderkakan.
- Arbetarskyddsstyrelsen ska inventera arbetssituationen för tandvårdspersonal.
- Tandläkare får skyldighet att rapportera biverkningar av amalgam.
- Socialstyrelsen tar initiativ till en revidering av hygieniska gränsvärden för kvicksilver.
- Socialstyrelsen stöder forskningen angående kvicksilver/amalgams giftighet. [302]

1988 gav Socialstyrelsen ut allmänna råd till läkare och tandläkare om utredning av patienter med symtom som antagits bero på kvicksilver från amalgam samt om användningen av amalgam [303]. Ett informationsblad som kunde lämnas till patienter togs också fram.

Redan på 1970-talet hade flertalet tandläkare dock slutat använda amalgam vid nya fyllningar. 1992 skrev Socialstyrelsen till landets tandläkare att amalgam bör avvecklas stegvis av miljöskäl. Samtidigt skärptes avfallskraven beträffande kvicksilver.

Efter att amalgamenheten i Uppsala tagit emot ett 1000-tal patienter utvärderade Socialstyrelsen verksamheten 1997 och var mycket kritisk: ”Omhändertagandet av patienterna är bra men verksamheten bör utvär-

deras på vetenskaplig grund. Amalgamenheten i Uppsala är den första i sitt slag i Sverige. Andra landsting har tagit efter eller planerar att inleda verksamhet. Det ligger därför ett stort ansvar på Uppsalaenheten att dokumentera sin verksamhet så att det går att göra en utvärdering av den. Utan en ordentlig utvärdering kan man aldrig svara på vad i behandlingen som har effekt och kan därför aldrig bidra till en utveckling av vetenskap och beprövad erfarenhet på området." [304]

Bemötandet av patienter som relaterar sina besvär till amalgam och elektricitet behöver förbättras. Patienternas besvär måste tas på allvar skriver Socialstyrelsen vidare i ett allmänt råd 1998 som stöd till vårdpersonalen. [305]

I tandvårdsreformen 1999 infördes en bestämmelse om att tandfyllningar vid långvariga sjukdomssymtom kan bytas ut med samma avgift för patienten som i öppen hälso- och sjukvård.

Elkänslighet

Antalet personer som angav elkänslighet ökade kraftigt på 1990-talet. Professor *Kerstin Hagenfeldt* fick i uppdrag av Socialstyrelsen att tillsammans med experter granska det vetenskapliga underlaget som kunde stödja eller avfärda tesen om att elektriska fält kan skada människan. Frågorna som ställdes var: Kan elektriska och/eller magnetiska fält (EMF) ge ohälsa i form av cancer och reproduktionsstörningar, t.ex. spontanabort eller låg födelsevikt? En annan fråga var om bildskärmsarbete kunde ge hudförändringar. Epidemiologiska och experimentella data som DNA och genmutationer, låg bakom de bedömningar expertgruppen gjorde. Experternas slutsatser blev att det inte finns stöd för att EMF ger upphov till reproduktionsstörningar eller cancer och inte heller till hudförändringar. "Beträffande leukemi kan man i dag vare sig bekräfta eller motsäga ett orsakssamband. Med säkerhet kan dock sägas att om det finns en risk, skulle den maximalt kunna ge upphov till ett fåtal fall av barnleukemi per år i landet". Däremot måste de som drabbas av elkänslighet tas på allvar och få hjälp samt förutsättningslös utredning. Behandlingsprogram och åtgärdsplaner finns på olika håll i landet.

Hiv och aids

1982 upptäcktes det första aidsfallet i Sverige och 1983 konstaterades tre fall av aids i Stockholmsområdet; två med dödlig utgång. De närmaste två åren ökade antalet fall snabbt. Den 30 september 1986 hade Statens Bakteriologiska Laboratorium (SBL) fått in rapporter om 77 fall av aids varav 36 var döda. Såväl regeringen som berörda myndigheter och hälso- och sjukvården försökte sprida kunskap och föreslå förebyggande insatser. Det första som publicerades från Socialstyrelsen var en föreskrift i mars 1983 om att läkare som misstänker eller konstaterar aids ska anmäla det till SBL och ett "Åtgärdsprogram mot AIDS" med information till vården om kontroll av blod och plasma samt information till riskutsatta grupper. En medicinsk expertgrupp bildades, liksom en vetenskaplig grupp med social, beteendevetenskaplig och juridisk kompetens (1986).

Broschyr om elkänslighet

Socialstyrelsen gav 1994 ut en broschyr till allmänheten om elkänslighet tillsammans med Arbetsmiljöverket, Boverket, Elsäkerhetsverket och Strålsäkerhetsmyndigheten, "Magnetfält och eventuella hälsorisker utifrån vad vi vet i maj 1994". I sammanfattningen står bland annat: "Elkänslighet definieras som de symtom som vissa personer upplever i närheten av elektrisk utrustning och som medför varierande grad av besvär för dessa personer. Trots omfattande forskning har inte några orsakssamband mellan dessa besvär och exponering för fälten från elektrisk utrustning kunnat påvisas."

HIV och AIDS eller hiv och aids

Enligt Svenska Akademiens ordlista kan man skriva hiv och aids med små bokstäver. I citat och redovisning av titlar använder vi dock den ursprungliga formen.

Prioriterat område

På Socialstyrelsen intensifierades insatserna mot hiv och aids och utgjorde ett av sex prioriterade områden i verkets handlingsprogram från 1987 och framåt. Målen för arbetet var att hindra smittspridningen och se till att aidssjuka och hiv-smittade skulle få den vård och det stöd de behövde.

Under åren som följde producerade Socialstyrelsen föreskrifter, allmänna råd, meddelandeblad, rapporter, broschyrer och annat material riktat till olika personalgrupper, smittade och allmänhet. Några exempel:

- ”Vad alla bör veta om AIDS”, broschyr riktad till allmänheten (1985). Den ersattes 1986 av ”Vad vi vet om AIDS”. Båda hade allmänheten som målgrupp och fanns bland annat på apotek. Den senare trycktes i cirka 2,5 miljoner exemplar och fem landsting valde att sända ut den till alla hushåll.
- ”Så här säger lagen om HIV och AIDS. Dina rättigheter och skyldigheter enligt lagar och föreskrifter” – på svenska och engelska (1987).
- ”Personlig information 1”, ”Personlig information 2” och ”Personlig information 3” var tre broschyrer läkare kunde ge till patienter som testat sig men ännu inte fått svar, som visat sig vara hiv-positiv respektive till personer där hiv-testet varit negativt.
- Förändringar i munhålans mjukvävnader hos HIV-infekterade (1987).
- AIDS och din utlandsresa (1987).
- Broschyren ”Pass upp!” för tågluffande ungdom (1987).
- HIV, aids och sexualitet. Att informera personer med begåvningsnedsättning (1989).
- HIV och aids. En lättläst skrift om hur du skyddar dig mot smitta (1990).

Socialstyrelsen gav också ut fortlöpande information i informationsbladet ”Socialstyrelsen informerar om AIDS” som startade 1987. Det bytte namn till ”hiv-aktuellt” 1988. I första numret står bland annat att narko-

manvården är allt mer offensiv i kampen mot hiv och aids. Utgivningen flyttade senare över till Folkhälsoinstitutet. En av artiklarna i det första numret av ”hiv-aktuellt” berättade om att WHO proklamerat den 1 december 1988 till en världsdag om aids, något som Socialstyrelsen alltsedan dess uppmärksammat på olika sätt.

För att lättare hitta bland den mängd information som producerades under 1980- och 90-talen byggde Socialstyrelsen upp en dokumentationstjänst, HIVDok. Där samlades, sorterades och registrerades svenskt och nordiskt informationsmaterial om hiv och aids.

Socialstyrelsen initierade också andra typer av aktiviteter för att sprida information. Bland annat köpte verket annonsplats (skyltar och stora streamers) på taxibilar i Stockholm och Göteborg 1986 med information om att läsa aids-broschyren.

Roy Anderssons ungdomsfilm

Till ungdomar valde Socialstyrelsen också andra informationskanaler. ”Livet, kärleken och döden” hette en ungdomspjäs som producerades av Pocketteatern i samarbete med Socialstyrelsen. Den handlade om sådant som ungdomar tänker på när det gäller sex, rädsla och oro inför sexdebuten, oro för könssjukdomar och aids m.m.

1987 beställde Socialstyrelsen en informationsfilm för unga människor av filmregissören *Roy Andersson*, som vid upphandlingen lämnade det i särklass bästa förslaget. Avsikten var att få en film som kunde ge energi och debattlust. Men den film som Roy Andersson producerade, ”Någonting har hänt” blev en helt annan än den han kontrakterats för. Filmen handlade till största delen om spekulationer om virusets uppkomst med bl.a. scener som visade experiment med människor. Samtliga medlemmar i den referensgrupp Socialstyrelsen tillsatt ansåg att den skapade mer skada än nytta. Roy Andersson medgav också att filmens innehåll inte uppfyllde överenskommelsen och erbjöd sig att göra en ny film enligt de ursprungliga intentionerna.

Det manus Roy Andersson slutligen presenterade var dock så ”urvattnat” och föga energigivande att Socialstyrelsen inte ansåg det värt att gå vidare med. I ett debattprogram 1992 i TV 3 om filmen upprepade Socialstyrelsens informationschef Birgitta Eriksson verkets erbjudande att Roy Andersson kunde få ”köpa tillbaka” rättigheterna till den film Socialstyrelsen inte ansåg sig kunna acceptera. Så blev det också så småningom. Efter det visades filmen och prisbelönades på olika filmfestivaler.

Regeringens aids-kampanj

Socialstyrelsen var representerad i regeringens AIDS-delegation med generaldirektör Maj-Britt Sandlund. I februari 1986 tillsatte socialminister *Gertrud Sigurdsen* en arbetsgrupp med uppdrag att snabbt utreda behovet av ytterligare informationsåtgärder för att begränsa AIDS-epidemin samt föreslå nya insatser som ett led i en långsiktig informationsstrategi. Även där ingick representanter från Socialstyrelsen (Birgitta Eriksson och *Gunilla Hollander*). [306]

Information blev det också på bred front med AIDS-delegationen som avsändare på temat Kampen mot AIDS. Det första numret av tidningen med samma namn inleddes med orden ”En morgon vaknade svenskarna och fann att ett fruktat virus som man tidigare trott bara kunde drabba vissa, kan drabba alla. ”Målet med kampanjen var att upplysa folk om riskerna med HIV-smitta, inte att skrämmas. Det blev stora annonser, affischer och inslag i TV och radio. En broschyr ”AIDS kan drabba dig. Kunskap är bästa skyddet” sändes ut till alla hushåll. Den fanns också med i Invandrartidningens specialnummer på tretton olika språk. En speciell kampanj riktades till de män som köper sexuella tjänster av prostituerade med en fränare och mer aggressiv ton än i övriga budskap. I broschyren fanns hänvisning till bland annat AIDS-jourens 020-nummer.

Att det fanns många frågor kring aids under de första åren illustreras bland annat av den skrift som Läkare mot AIDS och Sveriges Riksradio gav ut efter en temadag i Riksradion i april 1986 med titeln ”216 frågor och 215 svar om AIDS”. Fråga 216 löd ”När kommer vaccin och botemedel mot AIDS?”. Svaret var då: ”På den frågan finns inget svar idag.” 1986 slog kombinationsbehandling – bromsmediciner – igenom.

Nytt dödsbegrepp och ny transplantationslag

Historik

Den första njurtransplantationen i Sverige utfördes på Serafimerlasarettet 1964. Den första levertransplantationen utfördes på Huddinge sjukhus tio år senare och den första hjärttransplantationen på Sahlgrenska sjukhuset 1984. Donatorhjärtat hämtades från Hamburg. Karolinska sjukhuset hade begärt att få börja transplantera hjärtan men Landstingsförbundet och Socialstyrelsen motsatte sig detta. Hjärndödsbegreppet var inte accepterat i Sverige. Hjärttransplantationer var kontroversiella. Debatten var het såväl i riksdag som i media. Efter chefsbyte på Thoraxkliniken, Karolinska sjukhuset utfördes den första hjärttransplantationen där 1985 med donatorhjärta från England. Flera svårt hjärtsjuka patienter väntade på att få remiss för transplantation utomlands eller i Sverige med hjärta från annat land.

Ny lagstiftning

Lagen om hjärnrelaterade dödskriterier trädde i kraft 1988 – lag (1987: 269) om kriterier för bestämmande av människans död. Den innebar att om samtliga hjärnfunktioner är totalt och oåterkalleligt utslagna kan personen dödförklaras. För att få ta organ eller vävnad för transplantation krävs samtycke eller i vissa fall förutsatt samtycke av närstående. Socialstyrelsen kompletterade lagstiftningen med allmänna råd till vårdpersonal samt föreskrifter och allmänna råd till läkare. Anhöriga och allmänhet kunde läsa om det nya dödsbegreppet i broschyren ”När hjärnan dör dör människan”. [307, 308]

Den 1 juli 1996 trädde en ny transplantationslag i kraft, Lag (1995:83) om transplantation m.m. Med den nya lagen hoppades man få fler organ till transplantation. Den gamla lagen från 1975 förutsatte att endast den som uttalat sig för donation var positiv. Innebörden i den nya lagen var

att hade man inte meddelat sin vilja om tagande av organ antas man vara positiv. Den nya lagen om transplantation klubbades igenom i riksdagen i juni 1995 utan nämnvärd diskussion.

Informationskampanj väckte frågor och debatt

Diskussion och massmedial uppmärksamhet blev det däremot när Socialstyrelsens informationskampanj till allmänheten inleddes i april 1996. I samband med riksdagsbeslutet fick Socialstyrelsen bland annat i uppdrag att informera om den nya lagen, ta fram och sprida donationskort och bygga upp ett donationsregister. Registret skulle börja fungera den 1 juli 1996 då lagen trädde i kraft. Att informera allmänheten om frågor som rör död och donation av organ är ingen lätt uppgift. Regeringen skickade med 10 miljoner kronor till informationskampanjen och uppbyggnad av donationsregistret. [309]

Lagens formulering med så kallat presumerat samtycke skulle nu omsättas i budskap till en bred allmänhet. Hur ska man få olika människor att mer aktivt tänka igenom hur man skulle vilja ha det om man hastigt avlider i t.ex. en olycka? Det var viktigt att ge människor möjlighet att ta ställning och att på ett så enkelt sätt som möjligt kunna göra sin vilja känd och/eller säkert dokumenterad. Det handlade ju om JA eller NEJ. Många diskussioner med medicinsk expertis, patientföreningar och kommunikationsspecialister föregick Socialstyrelsens kampanj.

Socialstyrelsen ville att man skulle börja tänka efter, prata om det och på något sätt göra sin vilja känd: prata med sina närstående, fylla i ett donationskort och/eller anmäla sig till Donationsregistret.

Hushållsutskick upprörde

Den broschyr med donationskort som skickades ut till alla hushåll hade titeln ”Om du skulle dö. Kan någon annan få ditt hjärta då?” Den gav upphov till en hel del kritiska och sarkastiska kommentarer i media och bland allmänhet. Med valet av ”om” och ett underförstått ”om du dör hastigt” ville Socialstyrelsen få allmänheten att reagera och ta ställning för ja eller nej till donation, men det var kanske inte helt lätt att förstå. Att broschyren dessutom kom tillsammans med reklam uppfattades också som oetiskt. En broschyr med den något mindre ”provocerande” rubriken ”Kan någon annan få dina njurar när du dör?” gavs också ut, liksom en skrift med Frågor och svar och en om Donationsregistret – svar på de vanligaste frågorna. Broschyren ”Kan någon annan få dina njurar när du dör?” gavs också ut på elva invandrarspråk samt lätt svenska och på ljudkassett.

Utöver hushållsutskicket infördes annonser i Aftonbladet, Expressen, Göteborgs-Tidningen, Kvällsposten, ICA-Kuriren och Vi Bilägare under april och maj 1996. I annonserna framförde representanter från allmänheten sin syn på donationsfrågan.

Kampanjen gjorde att många började tänka efter, diskutera och ta ställning. Socialstyrelsen var förberedd på att många ville ställa frågor och hade därför öppnat ett 020-nummer dit allmänheten kunde ringa. Man kunde också bli kopplad till ansvariga på Socialstyrelsen. Totalt besvarades 16 332 samtal under den period (14 april–31 juli 1996) som donationsupplysningen var bemannad. Samtalen gällde oftast beställning av

”

P C Jersild:
Missuppfattningar och undanflykter

Det finns ingen plikt att donera organ; alla har rätt att säja nej. Därför har jag svårt att se det angelägna i att motarbeta socialstyrelsens försök att få folk att tala om hur de vill ha det. Konsekvenserna blir färre tillgängliga organ med lidande och död som följd – och fler anhöriga som tvingas ta ställning i den avlidnes ställe.

Jag uppfattar mycket av kritiken som vilsen och oreflekterad. Vresigt visar man ifrån sig det obehagliga. Man spelar ut gammal myndighetsmisstro och nattståndet byråkratiförakt i tron att det rör sig om vilken förnumstig folkhälsokampanj som helst, som den om sex till åtta brödskivor om dagen. Det gör det inte. Ingen dör av att äta en skiva bröd mindre. Däremot kommer många att dö i onödan om inte frågan om transplantationer tas på vuxet allvar.

(Dagens Nyheter 24 maj 1996)

Grönköpings veckoblad om donation

”Ett donationsregister skall inrättas å härvarande Sparbank. Man kommer därför att utsända ett större antal blanketter, å vilka grönköpingsborna få förbinda sig att donera ett visst belopp till Sparbanken i händelse av en ny bankkris.”
(Grönköpings veckoblad, september 1996)

Hellre ta emot än ge

I en studie som docent *Marianne Sanner* vid Institutionen för socialmedicin i Uppsala gjorde i augusti 1996 fick 1 500 upplänningar mellan 18 och 70 år frågor om sin inställning till att dels donera organ och vävnader, dels själva ta emot organ och vävnader. 30 procent av de tillfrågade hade redovisat sin inställning i form av anmälan till donationsregistret eller på ett donationskort. Studien visade också att fler ville ta emot än donera organ. (Läkartidningen nr 22, 1997)

Flest transplantationer i Göteborg

Sahlgrenska sjukhuset var det sjukhus i landet som den 31 december 2017 transplanterade flest organ; njure, lever, hjärta, lunga, bukspottkörtel och tunntarm. Försök pågår även med transplantation av livmoder.

informationsmaterial och andra praktiska frågor (85 procent), men många var också av etisk, medicinsk eller juridisk natur. Några exempel: Finns det någon åldersgräns? Är jag för gammal? Kan man bestämma vem som ska få organen? Får man betalt? [310]

Många anmälningar till Donationsregistret

Till Donationsregistret som inrättades inför kampanjstarten strömmade anmälningarna in under våren 1996. Under det första året anmälde cirka 1,4 miljoner svenskar sig till registret, vilket motsvarade cirka 15 procent av befolkningen. För att klara den stora mängden anmälningar fick Socialstyrelsen under de första månaderna ta in extrapersonal. För att kontrollera att registret användes på avsett sätt, dvs. att såväl positiva som negativa till donation anmälde sig till registret gjordes i juni 1996 en kontroll av hur de första 300 000 registrerade fördelade sig på de olika svarsalternativen. Genomgången visade att 48 procent svarade ja och 52 procent nej. I åldern 18–29 år var 66 procent positiva, medan endast 29 procent av de som var 70 år och äldre var positiva. (1,4 miljoner svenskar i donationsregistret. Fortfarande registrerar sig ett par tusen i månaden, *Håkan Gäbel*, Nina Rehnqvist, Birgitta Eriksson, Läkartidningen nr 22, 1997).

I september år 2000 skickade Socialstyrelsen för första gången ut ett brev till alla som fyllt 18 år efter att de anmälts till registret för att man skulle få möjlighet att på nytt ta ställning. Detta mot bakgrund av att man blivit myndig och att tidigare ställningstagande kunde vara inskickat av föräldrar. Enligt en ny förordning för donationsregistret (SFS 2018:307) måste den som fyllt 15 år själv anmäla sig till registret.

I Sverige är 85 procent positiva till organtransplantation – en internationellt sett hög siffra. Cirka 1,6 miljoner personer var registrerade i donationsregistret den 15 maj 2018. [311]

Scandiatransplant samordnar idag organ för transplantation från samtliga nordiska länder.

Centralisering av barnhjärtkirurgin

Under senare hälften av 1970-talet började thoraxkirurger och barnkardiologer diskutera frågan om att koncentrera operation av medfödda missbildningar på hjärtat till färre ställen i landet. Dessa missbildningar opererades då vid sex olika sjukhus. Antalet operationer per klinik var få, vilket gjorde att kirurgerna inte bedömdes få tillräcklig träning. Utredning och operation gjordes ibland på olika sjukhus.

Frågan diskuterades flitigt på Svensk Thoraxkirurgisk Förenings möten. Man var överens om att två opererande kliniker skulle vara tillräckligt i landet. Problemet var att ingen av verksamhetscheferna på de kliniker där kirurgin bedrevs var beredd att avstå. Barnkardiologerna gjorde samma bedömning som thoraxkirurgerna, varför man 1979 enades om att skriva till Socialstyrelsen och samtidigt föreslå en registrering av barnhjärtoperationerna på ett enhetligt sätt. Inget svar på skrivelsen kom från Socialstyrelsen, inte heller på en påminnelse två år senare.

När Föräldraföreningen för Hjärtsjuka barn hörde talas om skrivelsen till Socialstyrelsen uppvaktade föreningen Socialstyrelsen, som 1988 kom med förslag om att koncentrera verksamheten till Lund och Göteborg. Landstingsförbundet förordade i stället Lund och Uppsala, då Akademiska sjukhuset hade redovisat låg dödlighet vid sina operationer. Två utländska experter fick 1992 i uppdrag av Socialstyrelsen att granska siffrorna och kom fram till att Uppsala inte utfört lika svåra operationer som de andra två gjort. Det framkom att Lund och Göteborg hade de bästa resultaten. Karolinska sjukhuset ifrågasatte på nytt analyserna, varför

Ingvar Karlberg: **Oberoende experter granskade journaler**

Barnhjärtkirurgerna lyfte på 1970-talet frågan om koncentration av operation av barn med de svåraste missbildningarna till färre kliniker för att få tillräckliga volymer för metodutveckling. Barnläkarna önskade samma sak och med professor *Yngve Larsson* som drivande expert rekommenderade Socialstyrelsen 1988 koncentration till två kliniker. Analysen gjordes efter samma mall som för R-listan. (Rikslistan var en bilaga till riksavtalet mellan landstingen.)

Beslutet respekterades inte av sjukhusen, men med risken för sämre vård än nödvändigt som bas kunde Socialstyrelsen genomföra en grundligare utvärdering som led i ett tillsynsärende. Alla journaler med öppen barnhjärtkirurgi från 1992 kopierades och transporterades till Helsingfors, där två utomstående experter gjorde analysen. Efter en uppdelning av fallen i svårighetsgrad fann utvärderarna, att verksamheterna i Lund och Göteborg hade bäst resultat. Man kunde också påvisa orsaker till misslyckanden och visa att dessa var vanligare vid vissa kliniker.

Vid ett slutet möte i december 1993 redovisade generaldirektören med bistånd från utredarna och företrädare för tillsynsenheten resultaten för den politiska ledningen i Stockholms läns landsting. Tre dagar senare beslutade landstingsledningen att avsluta öppen barnhjärtkirurgi i Stockholm. Samtidigt kunde Socialstyrelsen åter rekommendera landstingen att endast utnyttja klinikerna i Lund och Göteborg.

Otaliga analyser av sambanden mellan volym och resultat i sjukvården har presenterats. Få har hållit vetenskapligt acceptabel nivå, vilket bl.a. haft att göra med att ”patientblandningen” vid olika kliniker inte är randomiserad utan bygger på närhet och tradition. Till det kommer benägenheten att utesluta vissa ”svåra fall” från analyserna. I tillsynen av barnhjärtkirurgin fanns alla fall, som var registrerade i patientregistret med.

Larmrapport om psykisk ohälsa hos barn och unga

”Den 13 december 2017 ger Socialstyrelsen ut uppdaterade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom med flera rekommendationer för behandling av barn och unga. Framför allt lyfts behovet av att öka tillgängligheten till olika typer av psykologisk behandling fram. Närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige lider av psykisk ohälsa och ökningen under den senaste tioårsperioden har varit dramatisk. För barn i åldern 10–17 år är ökningen drygt 100 procent och för unga vuxna, 18–24 år, är ökningen närmare sjuttio procent mellan åren 2006 och 2016. För att vården ska kunna möta den ökande psykiska ohälsan, framför allt hos unga människor, och för att fler ska få hjälp så tidigt som möjligt behöver nu en förändring ske”. Så skriver Socialstyrelsens expertgrupp i Dagens Nyheter.
(Cecilia Björkelund m.fl.,
Dagens Nyheter 13 december 2017)

kompletterande statistik, som inte ändrade på resultaten, tillfördes utredningen. Så kom barnhjärtkirurgin efter många turer att koncentreras till Lund och Göteborg.

Operationsresultaten förbättrades och fem år efter koncentrationen till två sjukhus var resultaten bättre än i Tyskland och England, som hade register jämförbara med det svenska.

För barn och unga (0–19 år) har antalet avlidna med medfödda missbildningar i hjärtat och de stora kärlen mer än halverats från år 2000 till 2015 [312]. En anledning är att den specialiserade barnkardiologin byggts ut i landet vilket möjliggör snabb diagnostik på akut sjuka barn.

Behandlingsmetoder inom psykiatrin

Efter en omfattande litteraturgranskning lyfte en grupp på Statens beredning för medicinsk och social utvärdering fram att KBT (Kognitiv Beteende Terapi) skulle användas hellre än psykoterapi vid behandling av vissa psykiska tillstånd. [313] Detta ifrågasattes, framför allt av utbildade psykoterapeuter.

När Socialstyrelsen 2010 presenterade förslag till nationella riktlinjer för behandling av depression och ångest rekommenderades att KBT skulle sättas in i första hand.

Reviderade Nationella riktlinjer för behandling av depression och ångest utarbetades 2017 och publicerades i december 2017. Utredningen som bestått av ett 60-tal experter och som arbetat med uppgiften i nära tre år förordar psykofarmaka och KBT (kognitiv beteendeterapi) vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom. Även interpersonell terapi (IPT) rekommenderas vid lindrig till medelsvår depression. Först om denna terapi sviktar ska läkemedelsbehandling påbörjas.

En brett sammansatt prioriteringsgrupp om 27 personer stödde expertens förslag. En debatt uppstod dock på nytt med kraftig kritik från forskare, terapeuter men även patientföreningar som protesterade mot att PDT (psykodynamisk terapi) och andra enligt dem erkänt verksamma metoder helt uteslutits. Man menade att helhetssyn på komplexa behov hos patienter med ångest, depression, tvångssyndrom och/eller posttraumatisk stress saknades i utredningen.

Psykoterapicentrum överklagade Socialstyrelsens riktlinjer till Förvaltningsrätten i Stockholm (mål 1289-18) som svarade att riktlinjerna inte kan överklagas eftersom ”de enbart utgör rekommendationer”. (Svenska Dagbladet 22 januari 2018)

Vid medelsvår till svår egentlig depression är funktionsförmågan och livskvaliteten kraftigt nedsatt. Vissa personer med svår depression har även psykotiska symtom. Vid dessa tillstånd bör hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer framför allt erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel eller elektrokonvulsiv behandling (ECT). Debatten kring ECT-behandling har stundtals också varit intensiv, särskilt när det gäller eventuella biverkningar i form av minnesstörningar. De senaste åren har såväl Socialstyrelsen som Inspektionen för vård och omsorg på olika sätt uppmärksammat frågan och betonat vikten av att

informera patienterna om risken för eventuella biverkningar. Bland annat i rapporten ”Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT – Om information och delaktighet för patienter och närstående”. Syftet är att den ska vara ett stöd genom att bland annat ge exempel på hur vården kan arbeta med information och delaktighet för att förebygga patientens negativa upplevelser och erfarenheter. [314]

Kritiken mot Socialstyrelsens nya riktlinjer för vård vid depression och ångest har fortsatt under 2018. *Peter Ankarberg* och medförfattare menar i en debattartikel i Svenska dagbladet att verkets riktlinjer inte stämmer med egna indikatorer för god vård vid ångest och depression (SvD debatt 5 februari 2018). De menar att det finns belägg i utländska studier för att det finns små skillnader mellan de olika psykoterapiformerna (KBT, PDT och IPT), de har alla sin plats. De vill att riktlinjerna ska granskas av experter utanför Sverige.

”Apatiska barn”/Barn med uppgivenhetssyndrom

Företeelsen ”apatiska barn” väckte i mitten av 2000-talet stor uppmärksamhet i media och en livlig debatt inom hälso- och sjukvården och i politiken. Socialstyrelsen gav 2005 ut ett vägledande material, i form av ett Meddelandeblad, till stöd för verksamheter och professionella som i sitt arbete mötte dessa barn och deras familjer. Meddelandebladet upphävdes tre år senare. Eftersom behovet av vägledning kvarstod publicerade Socialstyrelsen ett nytt vägledande material 2010, ”Så kan kommuner och landsting hjälpa barn med uppgivenhetssyndrom”. Ytterligare ett vägledande material gavs ut 2013 i vilket man övergick till benämningen ”uppgivenhetssyndrom” som från 2014 är den officiella beteckningen i klassifikationen ICD-10-SE. [315]

Vägledningen riktar sig i första hand till personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Uppgivenhetsproblematiken berör inte bara barn och familjer som ansöker om uppehållstillstånd (asylsökande) utan förekommer även hos barn som lever gömda (papperslösa) efter att familjen har fått avslag på sin asylansökan.

Narkolepsi

Narkolepsi är en neurologisk sjukdom som orsakar sömnighet och sömnattacker. Sjukdomen blev högaktuell i samband med vaccineringen med Pandemrix 2009–2010 mot svininfluensa, då en ökad risk att insjukna noterades bland barn, ungdomar och unga vuxna.

För att stödja de familjer som drabbats av narkolepsi i samband med influensavaccinering med Pandemrix publicerade Socialstyrelsen samlad information om sjukdomen samt vad sjukvård, socialtjänst och myndigheter gör. Idag finns information om sjukdomens orsaker, symtom, behandling och stöd m.m. i databasen Ovanliga diagnoser. Se också s. 133. [316]

”Heta frågor” i tillsynen

Dialysolyckan i Linköping 1983

I ett seriekopplat system får 15 patienter med njursvikt behandling samtidigt. Utrustningen var delvis tillverkad på sjukhuset. Dialysvätskan tog slut och istället pumpas rent vatten in i systemet. Tre patienter dog och tolv hamnade i ett livshotande tillstånd. Misstanke uppkom om att en sjuksköterska hade förväxlat larmlampor och stängt av larmet. Ingen agerade därför när dialysvätskan var slut. Sjuksköterskan bad ansvarig överläkare att hjälpa henne att försöka rekonstruera vad som hänt. Sjukhusledningen valde i stället att kontakta polisen, som delgav sjuksköterskan misstanke om ”vållande till annans död”.

Arbetsmiljöinspektionen valde att inte utreda olyckan. Socialstyrelsen skrev i sin analys av olyckan dels att dialysanläggningen inte var tekniskt säker, dels att rutinerna för anläggningens användande inte var tillräckligt utarbetade. De ansvariga för konstruktionen av dialysanläggningen och för användarrutinerna ställdes inte till svars, eftersom ärendet var preskriberat då Socialstyrelsens utlåtande var klart.

Sjuksköterskan dömdes. Detta ledde till stark kritik, bland annat från sjuksköterskor och Vårdfacket. Dialyssjuksköterskor runt om i landet hotade att lägga ner arbetet om inte säkerhetsrutinerna sågs över. *Lena Svenaeus*, som var sjuksköterskans försvarare i rätten, skrev: ”Dialysmålet – ett rättvisans haveri”. [317] Se också kommentar s. 162.

Medanalys – falska prover i stor mängd

Den 2 mars 1995 anmäler Socialstyrelsen Medanalys L AB till åklagarmyndigheten i Göteborg. Ägare av företaget och ansvarig för driften är läkaren *Lennart Ransnäs*. Ett omfattande material omhändertas av Socialstyrelsen i Medanalys lokaler i Göteborg och Stockholm i samband med inspektion. Detta sker på misstanke om att ofullständiga och falska prover har lämnats ut av företaget, vilket kan ha inneburit att patienterna inte fått nödvändig behandling.

Ett omfattande arbete sätts nu igång av Socialstyrelsens tjänstemän, främst i Göteborg och Stockholm; flera vetenskapliga råd och experter kallas in. Läkare till vilka felaktiga, sena eller uteblivna svar skickats får redovisa vilka konsekvenser detta haft för patienter i form av risker, onödiga inläggningar på sjukhus, oro och ångest.

I februari 1996 yrkar Socialstyrelsen hos HSAN om återkallande av Lennart Ransnäs läkarlegitimation ”på grund av oskicklighet och uppenbar olämplighet att utöva läkaryrket”. Ett mycket omfattande material lämnas till HSAN. Tusentals prover har hanterats i utredningen.

Ur anmälan till HSAN: ”Hundratals utlämnade prover har vid kontroller visat sig vara felaktiga. Provsvar som saknar underlag har införts i Medanalys databas under lördagar, söndagar, julafton, nyårsdag eller nattetid när ordinarie personal inte varit i tjänst.

De datasystem, som Medanalys använt, var av mycket dålig kvalitet och innebar bland annat bristande säkerhet och sekretess. Sommaren 1994 upptäcktes att 30 000 poster försvunnit ur datasystemet på grund av att man överskridit systemets kapacitet. Det är i efterhand omöjligt att

svara på om det handlade om uppgifter där provsvar lämnats eller om detta också motsvarar tusentals obesvarade prover. Något försök av Medanalys att vid det aktuella tillfället rekonstruera det saknade materialet gjordes inte.”

Flera hundra patientjournaler granskades och cirka 150 patientfall kunde presenteras där de falska provsvaren bedömdes ha fått konsekvenser för patienter på olika sätt. Vid vissa typer av analyser kom upp till 90 procent av svaren oacceptabelt sent, vilket skapat oro hos många patienter. Detta har även skapat förtroendekriser mellan läkare och patient. Svårt sjuka har fått sin diagnos fördröjd.

Exempel på oacceptabla förhållanden:

- Det finns belägg för att falska provsvar har lämnats i ett hundratal fall, bland annat på klamydiatester, vilket kan leda till risk för exempelvis sterilitet och till smittspridning.
- HIV-tester har utförts utan att man i företaget haft den kompetens som krävs för detta.
- Uteblivna och mycket sena provsvar har varit vanligt. Ofta har detta förorsakat stor oro och långa väntetider för patienterna.
- Falska uppgifter har lämnats till huvudmännen vad gäller tillgång till specialistkompetens i Medanalys. Remitterande läkare har därför inte fått tillgång till den specialistkompetens de förväntat sig.
- Stora brister i datasystemen har lett till att obehöriga haft tillgång till uppgifter som ska vara integritetsskyddade, exempelvis namn och personnummer.

Uppseendeväckande brister i provhanteringen har förekommit, exempelvis uppgifter om patienters namn och personnummer.

Tre patientberättelser

- En 40-årig kvinna med hög puls, avmagring och infektioner lämnade prover som sändes till Medanalys. Läkarna misstänkte giftstruma. Provsvar från Medanalys, först efter tio dagar, sa att värdena var normala. Då var kvinnan redan inlagd akut och behandlades för giftstruma och hjärtsvikt sedan läkaren skickat nya prover till annat laboratorium. Enligt vetenskapligt råd är risken uppenbar att den försenade diagnosen lett till men för kvinnan om man nöjt sig med att vänta på svar från Medanalys.
- Mödravårdscentral tar syfilisprov på en 25-årig kvinna, vilket ingår i normal mödrahälsovård. Medanalys svarar att proverna är positiva, d.v.s. att kvinnan har syfilis. Både kvinnan och hennes make, som är invandrare från ett arabland, reagerar med stor oro och många frågor. Kontroll på universitetssjukhus visar att kvinnan inte har syfilis.
- En 50-årig man med sockersjuka, hjärtsvikt och njursvikt hade haft tendens tlll höga kaliumvärden, varför prov sändes till Medanalys. Det dröjde två dygn innan Medanalys svarade trots flera påstötningar. När svaret väl kom, angavs nivån till 7,1. Detta är ett värde som innebär risk för omedelbart ”hjärtstopp”. Svaret resulterade därför i omedelbar ambulanstransport av patienten till sjukhus. Nytt prov där visade normalt värde. Detta ärende visar på bristande kvalitet på laboratoriets

Kommentar till fallen i Kalmar och Linköping

Fallet i Kalmar och i Linköping illustrerar hur problem kan uppstå då sjukvårdspersonal i sitt arbete möter och är beroende av medicinsk teknik. Ingen MTO-analys gjordes som underlag till de rättsliga instansernas bedömningar. MTO innebär att se hur Människor, Teknik och Organisation samspelar när risker uppstår. Det innebär att leta riskkällor i människans kunskap, om ett arbetsmoment, i utrustningen (tekniken) samt i regler, instruktioner och kontroller. I båda fallen riktades kritik mot brister i säkerhet och rutiner såväl från Socialstyrelsen som rättsliga instanser. Trots detta föll ansvaret i domsluten endast på de två sjuksköterskorna.

I dag utreder tolv speciellt utvalda vårdåklagare brott inom sjukvården. De har ofta kontakt med IVO inför sina beslut om att väcka åtal eller avstå. ”De senaste fem åren har åklagarmyndigheten fått in arton ärenden om vållande till annans död, ett har lett till åtal.”
(Sjukhusläkaren nr 4, 2016)

analyser och hantering av prover och provsvar. Man utsatte patient för stor psykiskt press och sjukvården för onödiga kostnader.

Den 29 oktober 1997 beslutar HSAN att inte dra in Lennart Ransnäs läkarlegitimation. Socialstyrelsen beslutar att överklaga HSAN:s beslut till Kammarrätten, som inte ändrar HSAN:s beslut.

Överdos av läkemedel i Kalmar 2002

En flicka föds i februari 2002 på länssjukhuset i Kalmar. Hon har kramper efter förlossningen. Kramperna bedöms bero på syrebrist i hjärnan före födelsen. Undersökning av hjärnan visar dock inte på något onormalt. Flickan skrivs hem med kramplösande medicin (fenemal) men återkommer till sjukhuset en knapp månad senare efter nytt krampanfall. Dosen kramplösande höjs och barnet skrivs hem efter två dagar, då allt verkar normalt. En dryg månad senare får barnet nytt krampanfall. Hon läggs in på barnklinik men överförs till intensivvårdsavdelning då kramperna fortsätter och andningsstillestånd tillstöter. Nu inleds behandling med ett nytt kramplösande läkemedel i droppform (Xylocard). Då kramperna upphör sätts läkemedlet ut och flickan skrivs hem efter fyra dagar. Två dagar senare får flickan nya, mer långvariga kramper än tidigare. Hon läggs in på intensivvårdsavdelningen igen. Då hon där fortsätter krampa, ges ökande doser Xylocard. Flickans allmäntillstånd försämras och hon får andningsstillestånd. Hjärt-lungräddning startas men hennes liv går inte att rädda.

Sjuksköterskan börjar fundera på om hon förväxlat ampuller och gett för hög dos. Hon kontaktar läkaren, som varit jour den aktuella tiden, varefter beslut tas att analysera Xylocard-nivån i blod. Analysen visar en koncentration sju gånger högre än den terapeutiska nivån. Sjukhuset anmälde händelsen till Socialstyrelsen enligt lex Maria men händelsen hade då redan skrivits om i lokalpressen. Detta ledde till att chefsåklagaren polisanmälde sjuksköterskan som satt droppet. Fallet kom att granskas i samtliga instanser upp till Högsta Domstolen. Även Socialstyrelsens rättsliga råd ombads yttra sig. Allvarliga brister i sjukhusets rutiner påtalades, bland annat beträffande läkemedelshantering. Sjuksköterskan som blandat droppet dömdes till böter, då hon ”inte kunde undgå ansvar för vållande till annans död” (HD). Ingen ansvarig läkare ställdes till svars för händelsen.

Polisingripande på Astrid Lindgrens barnsjukhus 2008

”I backspegeln kan det sätt som en läkare på Karolinska sjukhuset greps och behandlades inte kallas för något annat än ett rättsövergrepp.” Denna mening och en redovisning av detta ur flera aspekter olyckliga fall, finns att läsa i boken Patientsäkerhet i teori och praktik [318]. Förloppet är komplicerat och redovisas här mycket summariskt.

En flicka föds på Astrid Lindgrens barnsjukhus den 3 juni 2008 nästan femton veckor för tidigt. Hon är kraftigt medtagen vid födseln. Hjärt-lungräddning påbörjas omedelbart och hon förs över till intensivvårdsavdelning för nyfödda. Genom sammanblandning av ampuller får flickan för hög dos koksalt i dropp. Barnet har en grav hjärnskada. Hon kan vistas i hemmet en period. På grund av försämring läggs hon åter in på sjukhuset. Livsuppehållande behandling sätts in, men avbryts med föräldrarnas samtycke.

En lex Maria-anmälan görs till Socialstyrelsen med anledning av förväxlingen av ampullerna med koksaltlösning två veckor efter flickans födelse. Socialstyrelsen bedömde att anmälan innehöll en tillräcklig internutredning och att åtgärder vidtagits för att förhindra ett upprepande. Flickans mor gjorde även en anmälan till HSAN, som tilldelar sjuksköterskan som gett koksaltlösningen en varning.

I oktober 2008 lämnar föräldrarna in en polisanmälan i vilken de anklagar Astrid Lindgrens barnsjukhus för att ha vållat dotterns död. De vill ha klarhet i vad som hänt under flickans vård och vad som gjorde att hon dog. En rättsmedicinsk obduktion görs. I ett preliminärt utlåtande anges att flickan sannolikt avlidit som följd av den hjärnskada hon drabbats av ett par dygn efter födelsen. Förundersökningen läggs ned. Blod som tagits för analys vid obduktionen visade mycket hög dos av tiopental (Tiopental används framför allt som narkosmedel men har även andra användningsområden.) Den 27 februari 2009 upprättar polisen en ny brottsanmälan.

Den 2 mars kommer fyra poliser till barnsjukhuset och griper den överläkare som vårdat barnet veckan innan hon avled. Överläkaren förs till ett häkte och delges misstanke om mord eller dråp. Överläkaren är helt oförstående och släpps efter en vecka, men utsätts för en formlig klappjakt i massmedia. Trettioåtta månader efter gripandet kommer domen från tingsrätten: åtalet ogillas. Ledamöterna är eniga. Förklaringen till den höga dosen av tiopental i flickans blod var sannolikt den, att läkemedlet getts eller ordinerats vid flera tillfällen av överläkarens kolleger utan att det redovisats i läkemedelsjournalen.

I mars 2012 gör narkosläkaren en anmälan till Socialstyrelsen mot bakgrund av att tre läkare vid fyra tillfällen gett tiopental till ett barn utan att notera detta i journalen, att sju läkarsekreterare kopierat barnets journal olovandes och att barnets journal öppnats av flera olika personer på och utanför Karolinska sjukhuset vid 44 tillfällen. Socialstyrelsen skriver i sin bedömning att vårdgivaren redovisat och vidtagit åtgärder för att förbättra patientsäkerheten, varför ärendet avslutas utan vidare åtgärd.

Konstgjorda luftstrupar på Karolinska sjukhuset

Kirurgen Paolo Macchiarini rekryterades till Karolinska Institutet för att operera in konstgjorda luftstrupar. Hösten 2015 avslöjas forskningsfusk. Påstådda lyckade djurförsök hade aldrig genomförts. Ingen ansökan till etisk kommitté hade lämnats in.

Hade dessa operationer som förorsakat mycket lidande och sannolikt för tidig död kunnat stoppas? Med stor sannolikhet hade Läkemedelsverket aldrig godkänt försöken om metoden enligt gällande lagstiftning anmälts dit. I Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1) finns särskilda krav på ”egentillverkade produkter”. Sannolikt hade försöken stoppats tidigare än vad som nu skedde om lex Maria-anmälan gjorts till IVO eftersom allvarliga komplikationer tidigt tillstötte. Det är väl också föga sannolikt att en etisk kommitté godkänt försöken med de konstgjorda luftstruparna. Eftersom mycket finns skrivet senaste åren om detta fall ges ingen mer utförlig redovisning här.

Kommentar till fallet på Astrid Lindgrens barnsjukhus

Efter fallet med den åtalade narkosläkaren på Astrid Lindgrens barnsjukhus tillsatte regeringen tolv vårdåklagare med uppgift att utreda misstänkta brott inom sjukvården.

Torsten Mossberg, expert hos IVO, har fått frågan om sin syn på att ärenden kan analyseras inte enbart av IVO utan även av särskilda vårdåklagare. ”Jag tror att allmänheten ibland vill att ärenden prövas av polismyndigheten. Man anser kanske att det har begåtts ett mord inom vården och då är det bra att åklagaren får titta på fallet och remittera medicinska frågor till tillsynsmyndighet. I Astrid Lindgren-fallet var det uppenbart att åklagarna inte hade någon som helst kännedom om hur det fungerar i intensivvårdssituationer med mycket svårt sjuka patienter. Socialstyrelsen tog en diskussion med riksåklagaren och det ledde fram till vårdåklagarna. Min bild är att det här är ett bra och rättssäkert system.” (Sjukhusläkaren nr 4, s. 41, 2016)

11. Skadligt beteende, utsatthet och hälsorisker

Bruxanvisningens version

I ett nummer av KTH:s Quarnevalstidning, ”Bruxanvisningen”, kunde man en gång läsa följande under rubriken ”Socialstyrelsen meddelar”:

Långvarigt missbruk av T-sprit kan vara skadligt för små barn.

Fall från höga höjder kan vara farligt för gravida kvinnor.

Metanolmissbruk kan vara skadligt för blindhundar.

Hjärtinfarkt kan vara farligt för människor med svagt hjärta.

Upprepade samlag kan leda till oönskade graviditeter.

Långvarigt missbruk av tabak kan leda till nedsatt immunförsvar.

Upprepat pokerspel kan ge upphov till kortsynthet.

The Sturgeon General has determined that eating to much Russion caviar may be dangerous to your wealth.

Det finns en mängd risker som vi människor kan utsättas för i till exempel miljön, i relationer och på grund av den egna livsstilen. Socialstyrelsens uppdrag och insatser har skiftat under åren allt ifrån individcentrerade risker som tobak, alkohol och veneriska sjukdomar till risker i miljö och arbetsliv. I det här kapitlet ger vi exempel på en liten del av det som hänt under de femtio åren.

Socialstyrelsen och tobaken

”Några kvinnliga ledamöter vrider på huvudena när de reser sig upp efter omröstningen om förstärkt tobakslag och tittar upp mot riksdagsläktaren. De ler mot Margaretha Haglund och Paul Nordgren från Folkhälsoinstitutets tobaksprogram som sitter där. Det är den 28 maj 1993.” Så inleds boken ”Livräddarna” av *Carl-Olof Rydén*. Boken är en hyllning till *Margaretha Haglund* och *Paul Nordgren* för deras målmedvetna tobaksförebyggande arbete, först på Socialstyrelsen och från 1992 på det nybildade Folkhälsoinstitutet. Omröstningen ger majoritet för socialutskottets reservation i betänkandet till regeringens förslag om en samlad tobakslag (1993:581). Riksdagen begär förbud för direkt reklam för tobak, att skolgårdar ska bli rökfria och offentliga lokaler i princip rökfria. Dessutom ska alla ha rätt att slippa tobaksrök på sina arbetsplatser. Kravet om förbud mot tobaksannonser stöds i omröstningen av 188 ledamöter mot 84, medan 172 mot 104 stöder ett utvidgat rökförbud. [319]

Socialstyrelsen hade en mycket aktiv roll under 1970- och 1980-talen för att minska tobaksrökning och i någon mån även bruket av snus. 1971 startade till exempel den av regeringen begärda utredningen om tobakens skador under professor *Eric Carlens* ledning. Utredningen, som blev klar 1973, föreslog att tobakspaket skulle förses med varningstexter, reklamförbud för tobaksvaror och förbud för ungdomar under 16 år att köpa tobaksvaror. Resultaten presenterades i en bok med titeln ”Tobaksrökning”. I slutet av 1975 antog riksdagen en särskild lag om att tobaksvaror från och med den 1 januari 1977 skulle förses med varningstexter och innehållsdeklaration. Socialstyrelsen fick uppdraget att utforma varningstexterna. En uppgift som idag ligger på Folkhälsomyndigheten. 1979 fick Sverige en lag om begränsning av tobaksreklamen. Det var då som regeln om att inte visa personbilder i tobaksannonser blev lagfäst.

Omfattande information

Socialstyrelsens arbete resulterade i rapporter, broschyrer, kampanjmaterial, pressmeddelanden, vykort och klistermärken att användas av kommuner och landsting. I de årliga rapporteringarna om cancerstatistiken betonades även rökningens stora skuld i utveckling av olika cancerformer.

1981 presenterade Socialstyrelsen rapporten ”Varför röker Jeppe?” Där redovisades cirka 30 000 arbeten om tobak – de flesta om dess skadliga effekter. För att finansiera arbetet mot tobaksskador föreslogs ett öres påslag per cigarettpaket. Vidare föreslogs bland annat totalförbud mot tobaksreklam.

Att passiv rökning var en hälsorisk kunde visas 1981. Under rökfria veckan 1984 skrev Socialstyrelsen till regeringen om den ökade rökningen hos kvinnor. Nya resurser krävs för riktad information till kvinnor ansåg myndigheten. Vidare behövde beteendevetenskaplig tobaksforskning stärkas. Inför rökförbud på statliga arbetsplatser var ett annat förslag.

Året därpå kritiserade generaldirektör Maj-Britt Sandlund tobaksindustrin. Hon menade att tobaksbranschens granskningsnämnd för reklam svek givna överenskommelser. Bilder och texter i tobaksreklamen är inte måttfulla, etiska övertramp sker, framhöll hon.

År 1987 infördes skärpta regler för tobaksreklam. Mellan 1971 och 1987 hade i genomsnitt 15 000 män och 10 000 kvinnor slutat röka per år.

Samma år (1987) framförde Socialstyrelsen i information till hälso- och sjukvården att det var hög tid att skärpa reglerna för rökning i sjukhuslokaler. Vidare pekade myndigheten på att i många väntrum för buss, tåg och flyg saknades regler om rökning. Lasarettet i Kalix blev den 1 maj 1985 det första svenska sjukhuset som införde rökförbud inomhus. På en internationell antirök-konferens i Tokyo 1987 berättade Margareta Haglund om Sveriges framgångar med att minska tobaksbruket och Paul Nordgren presenterade svensk lagstiftning i tobaksfrågor.

Samarbete för lagstiftning

1983 bildade Socialstyrelsen en samordningsgrupp för tobaksfrågor, SAFT. Den bestod av företrädare för ett antal myndigheter och organisationer. Där fanns LO, TCO, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, Konsumentombudsmannen (KO), Arbetarskyddsstyrelsen, Cancerfonden, Riksidrottsförbundet, Skolöverstyrelsen, Universitets- och högskoleämbetet, Visir (Vi som inte röker) och Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar (NTS), som representerades av Paul Nordgren. Gruppen författade bland annat en skrivelse till regeringen som Socialstyrelsen ställde sig bakom.

Fimpa med SoS!

Under 1990 utlystes en riksomfattande tävling på temat ”Fimpa till varje pris ´90” med resor som pris till både den som slutat röka eller snusa och den som värvat en person som slutat. Socialstyrelsen hakade på med en egen ”Fimpa med SoS-tävling” där segrarna också vann resor. Samtidigt inbjöds alla anställda till en tävling om Bästa rökfria-skylt som skulle kunna sättas upp i Socialstyrelsens lokaler för att informera om att Socialstyrelsen infört rökfria lokaler. Två vinnare utsågs, *Eva-Lena Jonsson* för bilden ”Sommarbris” och *Maj-Len Sjögren* för texten ”Här har vi rökfritt”. Socialstyrelsens lokaler blev helt rökfria fr.o.m. den 1 maj 1991.

Mördande reklam

Broschyren ”Mördande reklam” gavs ut 1989 i samarbete mellan Socialstyrelsen och Konsumentverket som vägledning till ungdomar om tobaksbolagens nya försåtliga metoder vid marknadsföring av cigaretter. Såväl de båda myndigheterna som Margaretha Haglund och Paul Nordgren JO-anmäldes. Alla friades. JO kunde inte finna att Tobaksbranschföreningen haft fog vare sig formellt eller i sak för sin kritik.

Också statsanställda tjänstemän har rätt att skriva debattartiklar och uttala sig för massmedierna i sin tjänsteutövning, men också som privatpersoner. Socialstyrelsen hade i sitt yttrande framhållit detta och påpekat att de inlägg som gjorts var helt i linje med styrelsens policy i tobakspolitiska frågor. JO ifrågasatte inte de båda myndigheternas behörighet att ge ut Mördande reklam i det angivna syftet att stimulera till debatt och eftertanke, framför allt bland barn och ungdom om den dolda tobaksreklamens inflytande. Han var emellertid kritisk på två-tre punkter där fullständigare beskrivningar hade behövts för objektivitetens skull, men det hade åtgärdats med tilläggsblad i återstoden av utskicken från Konsumentverket. [319, 320]

Bosse Pettersson: **Unik omröstning om tobakskonvention**

När Bror Rexed berättade om sina WHO-möten kom alltid de av cigarettrök fyllda lokalerna upp. WHO blev föregångare inom FN-systemet att göra sina lokaler rökfria på 1980-talet, medan FN dröjde några år in på 1990-talet. Genom en unik omröstning i Världshälsoförsamlingen i mitten på 1990-talet drevs på kanadensiskt och finskt initiativ, med bl.a. Sverige som pådrivare, ett beslut fram om att påbörja arbetet med en internationell tobakskonvention. Ett unikt bindande juridiskt instrument som krävde omfattande ekonomiska och personella resurser. År 2003 kunde så Världshälsoförsamlingen anta den internationella ramkonventionen för tobakskontroll (FCTC) under dåvarande generaldirektören *Gro-Harlem Bruntlands* ledning. FCTC och utrotandet av smittkoppor står bland de allra högsta på WHO:s egen meritlista.

Märkning av trafikfarliga läkemedel

Från den 1 januari 1983 skulle alla trafikfarliga läkemedel förses med en röd varningstriangel. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ansvara för en informationskampanj om detta. Den genomfördes i samarbete med bland annat Nationalföreningen för trafiksäkerhetens Främjande (NTF), Systembolaget och Apoteksbolaget. Allmänheten nåddes av informationen via Anslagstavlan på TV, affischer och en folder, ”Din medicin kanske gör dig till en sämre förare!”. Även mjölkförpackningar användes som informationsbärare. Där hänvisades till ”din läkare och apotek” för mer information.

Tänk på att alkohol kan förstärka effekten av läkemedel.

I en intervju i Socialstyrelsens tidning Vigör sa överdirektör Carl-Anders Ifvarsson bland annat:

”Stopp för tobaksannonser, höjd tobaksskatt och ett öres avgift på varje cigarettpaket. De kraven om skärpta regler framfördes nyligen till regeringen av Socialstyrelsen, Konsumentverket, Skolöverstyrelsen och en rad andra organisationer. Enbart information om rökningens skador räcker inte längre. Nu måste det till konkreta politiska åtgärder för att begränsa rökningen.” [319]

Det dröjde dock ännu några år innan regeringen tillsatte tobaksutredningen 1988. Den lämnade sitt slutbetänkande 1990, ”Tobakslag” (SOU 1990:29). Efter många politiska turer och klubbades så småningom tobakslagen (1993:581) igenom den 28 maj 1993. Efter det har ännu en statlig tobaksutredning lämnat förslag på lagändringar som antagits i riksdagen. [321, 322]

I Socialstyrelsens Miljöhälsorapport 2009 får vi bland annat veta att vi röker allt mindre och utsätter därför vår omgivning för allt mindre miljötobaksrök (passiv rökning). Sedan 1999 har andelen vuxna som utsätts för miljötobaksrök minskat från 11 till 6,8 procent. Minskningen har skett både i hemmet och på arbetet. På sikt kommer sjukdomsfallen därför att minska. Miljötobaksrök beräknas idag bidra till 5–10 fall av lungcancer varje år hos personer som aldrig varit rökare och till ungefär 400 fall av hjärt-kärlsjukdom bland icke-rökare och före detta rökare.

Andelen kvinnor som rökte 2017 var tio procent och andelen män åtta procent. [323]

Alkohol- och narkotikafrågor

Alkohol

Även när det gäller alkohol var Socialstyrelsen mycket aktiv under 1970- och 80-talen, inte minst när det gäller insatser för att förebygga användning och missbruk bland ungdom.

Statliga bidrag som Socialstyrelsen haft att fördela för att minska bruket av alkohol har använts dels till projekt inom kommuner, landsting och till nykterhetsrörelsen, dels till informationsmaterial och konferenser. Under 1981 fick 71 olika projekt bidrag för att informera om och på så sätt minska bruket av alkohol och 1984 fick 250 lokala projekt tillsammans 950 miljoner. Socialstyrelsens fick särskilda medel från regeringen för ändamålet. I ett informationsblad, Droginformation, spred Socialstyrelsen

information om aktiviteter runt om i landet som fått ekonomiskt stöd för att förebygga användning av droger under 1988. Under 1980-talet gav Socialstyrelsen också ut informationsbladet ”Aktion mot droger” med nyheter om såväl Socialstyrelsens som andra aktörers insatser.

Många av insatserna kring alkohol och droger genomfördes i samarbete med organisationer och andra myndigheter. 1969 kom till exempel foldern ”Medicin + Alkohol + Trafik = Livsfara” i serien Apoteken ger råd med Apotekarsocieteten, Socialstyrelsen, Hälsovårdsupplysningsdelegationen, Systembolaget och Trafiksäkerhetsverket som avsändare.

Barn, ungdom och alkohol

1986 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram förslag för att i framtiden förebygga ungdomsvåld och fylleri av den art som förekommit vid det årets midsommarfirande. En enkätundersökning visade att kommunernas beredskap var undermålig. ”Socialsverige” stänger denna helg. Lokal samverkan mellan skola, socialtjänst, polis med flera måste organiseras. Särskilda strategier bör finnas på de värst drabbade orterna. Konferenser anordnades med inbjudna från kommuner, folkparker, Statens ungdomsråd och campingorganisationer.

Socialstyrelsens generaldirektör Maj-Britt Sandlund uttalar sig inför midsommarfirandet: ”Varken polis eller det sociala har kunnat ta hand om alla medvetslösa ungdomar. Kommunerna måste nu öka insatserna, bland annat genom tillsyn över festligheterna.”

En film och video om barn till alkoholiserade föräldrar spelas in 1986, ”En vän till Fia”. I filmen betonas betydelsen av stöd från vuxna och kamrater. Enligt en enkät som Socialstyrelsen gjorde till landets AV-centraler var det den mest utlånade under läsåret 1987/88. [324] Med föräldrar och högstadieelever som målgrupper gav Socialstyrelsen också ut filmen Gränslandet tillsammans med Riksförbundet Hem och Skola och Systembolaget 1988. Det var en kortversion av *Staffan Hildebrands* film ”Ingen kan älska som vi”.

Några år tidigare, 1982 gav Socialstyrelsen ut rapporten ”Barns föreställningar om alkohol”. I den redovisades ett projekt som genomförts av *Inger Nelson-Löfgren*. 113 barn från förskolor i Stockholmsområdet hade fått svara på frågor samt rita två teckningar vardera om hur de uppfattade alkoholbruk. Teckningarna hade sedan analyserats av barnpsykologen *Allis Danielson*. [325]

Fler exempel

Listan över skrifter och annat informationsmaterial om alkohol och missbruk som getts ut av Socialstyrelsen är lång. Där finns också material om sniffning och missbruk av alkoholhaltiga preparat; spolarvätskor, brännvätskor, hårvatten och rakvatten. Informationen var en påminnelse till bland annat affärer och bensinmackar om lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat.

Lite om politik och vanor

Straffsatsen för hembränning skärptes 1994 till böter eller fängelse i högst fyra år. Ett tusen personer i åldern 18–70 år intervjuades om sin kännedom om hembränning. De intervjuade angav att 18 procent i deras

Är alkoholmissbruk en sjukdom?

På den frågan är svaren många – ja, nej, både ja och nej, kanske, frågan är fel ställd… med anledning av två prejudicerande domar i Arbetsdomstolen där man ogiltigförklarade två avskedanden som skett på grund av alkoholmissbruk tar Socialnytt i nr 4/79 i ett tjugosidigt reportageblock upp frågan om hur man ska tackla alkoholmissbruket på våra arbetsplatser. Klart står att arbetsgivarsidan nu aktivt måste satsa på alkoholvården bland de anställda – inte minst den förebyggande. Domarna innebär samtidigt att anställningstryggheten ytterligare förstärks, men samtidigt är det oklart vilken part som ska hålla i den praktiska alkoholvården på arbetsplatserna – arbetsgivaren, facket eller länkrörelsen. Och till sist frågan som ännu väntar på sitt definitiva svar: Kan man klassa alkoholmissbruk som en sjukdom?
(Pressmeddelande om Socialnytt nr 4, 1979)

Socialstyrelsen även i skönlitteraturen

I Jan Mårtensons bok ”Vinprovarna” från 1979 kan man läsa följande på sidan 112: ”– Men en sak ska du ha klart för dig. När jag dör ska det inte finnas en flaska kvar. Är inte det en god målsättning? – Hoppas ingen hör dig från socialstyrelsen, sa jag lite avundsjukt. Då skulle du tas om hand för samhällsvård. Det är inte meningen att man ska ha såna här viner i källaren och framför allt inte så många. Du ska äta bröd i stället. Sex till åtta skivor bröd. – Bara dom inte är från 47 eller 55, skrattade Lasse.”

bekantskapskrets brände hemma och 14 procent hade själva druckit hembränd sprit. Resultaten visade på en sannolik ökning jämfört med tidigare liknande studier.

”Många i samhället anser att svensk alkoholpolitik är behäftad med krångel och förmynderi”, skrev Socialstyrelsen och Systembolaget i en gemensam faktabok med titeln ”Fakta om svensk alkoholpolitik” 1983. Men, skriver man vidare, ”300 000 svenskar bedöms ha alkoholproblem; 5000 för tidiga dödsfall per år anges ha ett direkt samband med alkohol och cirka hundra barn per år har grava fosterskador på grund av moderns missbruk. Syftet med de regler som finns är att dels minska alkoholskador, dels att skydda svaga och utsatta grupper.”

Den första rapporten från CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete) kom 1994 och hade titeln ”Behandling av alkoholproblem”. I den redovisas en inventering av vilka metoder för behandling av personer med alkoholproblem som höll för en vetenskaplig granskning.

Folkhälsoinstitutet bildades 1992 och tog då över ansvaret för alkohol som ett hälsoproblem. Översiktligt rapporterar Folkhälsoinstitutet om en kraftig försäljningsökning av alkohol från 1960 och fram till 1976 (7,7 liter per invånare 17–84 år). Efter variationer genom åren hamnade nivån 1998 på 5,8 liter per invånare. Fram till 2013 sker en ökning igen till 7,4 liter/invånare. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) mäter årligen svenskarnas alkoholvanor, dvs. hur mycket vi dricker i genomsnitt i Sverige. De räknar då i ren alkohol, det vill säga 100 procent alkohol. Siffran för 2017 var nio liter.

Försäljning av alkohol visar naturligtvis inte hela bilden av hur mycket alkohol vi dricker i Sverige. Mängden legal och illegal införsel av alkohol i landet och hur mycket alkohol som bränns hemma har myndigheterna dålig kännedom om. Det är mot den bakgrunden svårt att dra några slutsatser om hur stor effekt lagstiftning och de statliga myndigheternas insatser har haft för att minska bruket av alkohol. Nykterhetsrörelsens insatser har säkert haft betydelse.

Alkohol, narkotika och fosterskador

Frågorna om samband mellan mödrars missbruk och allvarliga fosterskador (fetalt alkoholsyndrom – FAS) fick stor uppmärksamhet i början av 1980-talet. Tio år senare verkade dock kunskaper om och verksamheter inom detta område ha minskat. Socialstyrelsen gjorde därför en kartläggning av vilka särskilda verksamheter eller insatser som fanns för gravida missbrukare och/eller missbrukande föräldrar i kommuner och landsting. Detta resulterade i två rapporter – ”Drogmissbruk och föräldraskap” samt ”Alkohol och narkotika under graviditet” som presenterades på en konferens arrangerad av Allmänna Barnhuset och Socialstyrelsen på Sätra Bruk i maj 1993. Dokumentationen från konferensen visar att kunskapen fanns kvar och att metoderna hade utvecklats. Erfarenheten visade att man med små insatser kan åstadkomma mycket för de barn som riskerar att födas med skador för livet. [326, 327]

Året efter presenterade Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet filmen ”Silversträngen” om graviditet och alkohol tillsammans med en kompletterande skrift, ”Graviditet och alkohol”. [328, 329]

Narkotika

Under alla år har narkotika varit en fråga där Socialstyrelsen bidragit på olika sätt. I december 1968 fastställde regeringen ett aktionsprogram i 10 punkter som bland annat innebar ”skärpt kamp mot narkotikabranschens profitörer, ökade förebyggande insatser, förstärkta vårdinsatser och samordning av samhällsinsatserna” (Statsverkspropositionen 1968, bilaga 7). Socialstyrelsens fick bland annat i uppdrag att i början av år 1969 inkalla representanter för storstäderna, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet för att inventera och planlägga en ökad uppsökande verksamhet samt se till att ökade resurser tillfördes akut psykiatrisk vård och eftervård. Samtidigt förstärktes informationsinsatserna om narkotika.

Under våren 1969 anordnade Socialstyrelsen tolv regionala konferenser om narkomanvård för att tillsammans med huvudmännen för sjukvård och socialvård diskutera den lokala situationen beträffande missbruksfrekvensen, samarbetsproblem och integration inom socialvård och sjukvård, vårdproblem, befintliga och planerade resurser m.m. Ett av underlagen till konferenserna var den riksinventering som genomförts. Narkotikafrågorna var fortsatt aktuella under början av 1970-talet och Socialstyrelsen bidrog på olika sätt, bland annat genom boken ”Behandling av narkotikamissbrukare” som 1973 gavs ut i serien Socialstyrelsen redovisar. [330] Den byggde till stor del på intervjuer och en skriftlig enkät med behandlare inom narkomanvården; läkare, socialarbetare, psykologer och andra med stor erfarenhet av narkomanvård. Socialstyrelsen redovisar bland annat ett antal ställningstaganden i boken:

- Den totala behandlingspessimismen saknar grund.
- Grundlinjen i narkomanvården måste vara frivillighet. Ingen ny lagstiftning behövs.
- Tvångsvård kan ibland vara ofrånkomligt, inte minst när det gäller mycket unga missbrukare. Men tvånget bör vara kortvarigt och tvångsvården måste ha ett meningsfullt innehåll.
- Missbrukare bör ha en bestämd behandlingsenhet (vårdbas) under hela behandlingsförloppet. Vårdbaserna ska i första hand finnas inom den öppna vården.
- Missbrukarnas behov av kroppssjukvård och tandvård måste tillgodoses i större utsträckning.
- Samtidigt med den psykologiska behandlingen måste man försöka reda upp missbrukarnas oftast trassliga sociala situation.

Information till ungdomar och föräldrar

Under bland annat 1980-talet fick Socialstyrelsen särskilda poster i anslagsbudgeten för att förebygga drogmissbruk, dvs. alkohol- och narkotikamissbruk. Men specifika insatser för att förebygga just narkotikamissbruket förekom också. I slutet av 1983 inledde Socialstyrelsen till exempel en informationskampanj om hasch riktad till tonårsföräldrar. En faktabok, ”Haschboken” producerades i nära samarbete med Riksförbundet Hem och Skola och Föräldraföreningen Mot Narkotika. En studieplan togs också fram. Tillsammans med ett brev från Barbro Westerholm sändes boken ut till alla familjer, vilkas barn fyllde 14 år under 1983. [331] Socialstyrel-

Blev mottagarna påverkade?

I serien Allmänna råd gav Socialstyrelsen 1990 ut rapporten ”Beroendeframkallande psykofarmaka, att behandla och förebygga beroende och missbruk”. För att få en uppfattning om hur den nått fram, om den blivit läst, vad man tyckte och om den påverkat förskrivningen gav Socialstyrelsen ett undersökningsinstitut i uppdrag att intervjua ett slumpmässigt urval läkare inom allmänmedicin, internmedicin och psykiatri i Skåne våren 1991. Totalt intervjuades 513 läkare. Sju av tio (69 procent) hade sett rapporten och bland dem hade tre av fyra (76 procent) läst den helt eller delvis. Bland dem som läst rapporten ansåg fyra av fem (82 procent) att den var mycket eller ganska intressant. Två av tre (67 procent) trodde att den absolut eller kanske hade påverkat den genomsnittlige allmänläkaren att förskriva mindre psykofarmaka och tre av tio (29 procent) trodde att den påverkat den genomsnittlige psykiatrikern att förskriva mindre psykofarmaka. Lika många trodde att rapporten hade påverkat dem själva att förskriva mindre. [332]

sen tog också i samarbete med Staffan Hildebrand fram en kortfilm ur den framgångsrika långfilmen G som fick namnet G-Haschdelen.

PASS – UPP var en informationsbroschyr om narkotikafaran som sändes ut under några år på 1980-talet. Den riktade sig till de ungdomar som varje sommar reser utomlands. Förutom uppmaning om att vara uppmärksam på risken att bli lockade att använda narkotika, gavs råd om försäkring, rättshjälp och telefonnummer till svenska beskickningar. Broschyren sändes till socialtjänsten, SAS, SJ, Skolöverstyrelsen, UD och Rikspolisstyrelsen. Av en minienkät framgår att var sjätte gymnasieelev sommaren 1984 erbjöds köpa narkotika utomlands.

Fler exempel

Som exempel på aktiviteter kan också nämnas

- En ny tidning om missbrukarvård med namnet Stoff ges ut 1988. Den riktar sig till kommuner, landsting, myndigheter och frivilligorganisationer.
- Rapporten ”De glömda narkotikamissbrukarna”, som handlar om psykiskt störda missbrukare. Författare var *Jan Ramström* och han ger bland annat konkreta förslag på hur samhället bör tillgodose de psykiskt störda missbrukarnas behov och hur man som socialarbetare kan och bör förhålla sig till dessa. [333]
- Det stöd Socialstyrelsen tillsammans med Rikspolisen, Tullverket och Mönsterås kommun gav till produktionen av en musikkassett med tolv grupper under parollen ”Kampen mot narkotika” 1990.
- ”På kvinnors vis” som kom 1994 med råd om förebyggande arbete mot drogmissbruk hos unga kvinnor.

Under 2009–2011 genomfördes en statlig översyn av missbruks- och beroendevården i Sverige, den så kallade Missbruksutredningen. I utredningen uppskattades att omkring 780 000 personer över 18 år har ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 har ett beroende. Antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika har skattats till 55 000 personer. [334]

Metadonbehandling

Mot bakgrund av de svårigheter som är förenade med att befria opiatberoende personer från deras missbruk infördes efter mycket diskussioner behandling med metadon. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1983:2) om förskrivnng av opiater på indikation narkomani slog man fast att metadonbehandling enligt Dole-Nyswanders metod är en terapi grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet som kan användas vid rehabilitering av vissa personer med långvarigt och allvarligt intravenöst opiatmissbruk. Behandlingen ansågs vara en uppgift för regionsjukvården och blev möjlig vid Ulleråkers sjukhus med hela landet som upptagningsområde. Enligt föreskrifterna skulle behandlingen vara begränsad till högst 150 patienter. [335]

Sedan dess har erfarenheterna och kunskaperna om behandling med läkemedel byggts på och utvecklats i utvärderingar och forskning och Socialstyrelsens föreskrifter har upphävts. I Socialstyrelsens senaste

nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende kan man läsa följande:

”Missbruk och beroende av opioider förekommer övergripande sett som missbruk eller beroende av dels heroin, dels opioidanalgetika (smärtstillande läkemedel). Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon eller metadon vid opioidberoende samt nedtrappning eller läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon (i de fall där nedtrappning inte har lett till opioidfrihet) vid beroende av opioidanalgetika. Läkemedelsassisterad behandling kan förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet.” [336]

Sprututbyte

Ett försöksprogram med sprututbyte för narkomaner startade 1988 i Malmö/Lund. Försöket avrapporterades till regeringen efter fyra år. Det förlängs, men ”under mycket kontrollerade former”. Programmet diskuteras flitigt både i riksdag och i media. Eftersom det inte var möjligt att göra någon kontrollerad studie av försöket var det svårt att tolka resultaten. Det fanns de som förespråkade att tillåta sprututbyte i hela landet, men Socialstyrelsen ansåg inte att det fanns tillräckligt starka belägg för att rekommendera detta. Tanken med programmet är flera, men framför allt att få narkomanerna att upphöra med sitt missbruk och att få de som fortsätter att bruka narkotika för injektion att inte sprida hiv/aids vidare. Ett krav för att få ingå i programmet är dels att man kommer till försöksenheten med den begagnade sprutan, dels att man deltar i program för avvänjning och stöd.

Vid en uppföljning tio år efter starten sammanfattade utvärderarna att sprututbyte är värdefullt för tunga missbrukare när andra behandlingar misslyckats. Många hoppar av eller skrivs ut från programmet för att de inte följer de krav som ställts för att få delta. Alltför få sprutor lämnas då nya hämtas. Av 655 som deltagit fram till 1998 hade nära hälften hoppat av.

Målet med sprututbytesverksamheten är idag att förebygga spridning av blodsmitta som hiv, hepatiter och andra blodburna infektioner bland personer som injicerar droger. Sprututbytesverksamheterna arbetar också med att motivera de som deltar i programmet att bryta sitt missbruk och att ta emot vård och behandling.

Lagen om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika (2006:323) ändrades från den 1 mars 2017 och även Socialstyrelsens föreskrifter har ändrats [337]. Ändringen innebär att åldersgränsen för sprututbytesprogrammet sänktes från 20 till 18 år. Vidare blev landstinget ensam huvudman för sprututbytesverksamheten och det kommunala vetot togs bort. Det landsting som vill starta en verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika ska ansöka om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg.

Spelmissbruk

”Ungefär 134 000 personer i åldrarna 16–84 år beräknas vara problemspelare och av dessa är det drygt 30 000 som har allvarliga problem.

Register över Tvångsvård av missbrukare

Registret innehåller uppgifter om socialtjänstinsatser och vårdutnyttjande när det gäller personer med missbruksproblem, enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Uppgifterna i registret används som underlag för den officiella statistiken om missbrukarvård, för det förebyggande arbetet i socialtjänsten och för uppföljning och utvärdering av olika insatser från socialtjänstens sida.

Registret används även för forskning och allmän samhällsinformation. Det kan bland annat svara på frågor som:

- Hur många tvångsvårdas i Sverige?
- Vilken typ av missbruk förekommer?
- Hur har tvångsvården och missbruket varierat över tid?

Statistik från registret publiceras en gång per år i rapporten ”Insatser för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem”. [338]

Spelandet drabbar även indirekt många människor. Den behandling som rekommenderas är kognitiv beteendeterapi (KBT) med motiverande samtal (MI).” Så skriver Socialstyrelsen i remissversionen av ett kunskapsstöd för hur behandling av spelproblem kan bedrivas. I december 2018 ska behandlingsstödet vara klart och överlämnas till regeringen. Även Folkhälsomyndigheten har tagit fram ett kunskapsstöd som framförallt handlar om hur man kan arbeta förebyggande med problemspelande. [339]

Från och med den 1 januari 2018 har spelmissbruk likställts med annat missbruk i socialtjänstlagen (SoL1980:620). Det innebär att kommuner liksom landsting blir skyldiga att erbjuda stöd och vård till personer som har problem med spel om pengar. Kommunerna har också fått ett utvidgat ansvar att motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga.

Så här lyder ändringarna i socialtjänstlagens 4 kapitel: Särskilda bestämmelser för olika grupper:

1 § Socialnämnden ska aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga.

9 § Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

9 a § Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Lag (2017:809).

Tillsammans med Statens invandrarverk tog Socialstyrelsen i slutet av 1980-talet fram information om kvinnomisshandel på olika språk.

Kvinnomisshandel

”Jag ramlade i trappan. Jag gick mot en dörr. Jag halkade på trottoaren” – det är vad socialtjänsten och sjukvården får höra då de möter kvinnor som slagits av män. Kvinnomisshandel kräver 30–40 dödsfall per år skriver Socialstyrelsen, som 1985 ger ut tre böcker i ämnet:

- Kvinnomisshandel av Barbro Ottoson-Hindberg.
- På kurs mot kvinnomisshandel. En skrift om fortbildning för vårdarbetare.
- Misshandel och sexuella övergrepp mot kvinnor och barn. Utgiven i samarbete med Rikspolisstyrelsen, Riksåklagaren och Domstolsverket.

Målgruppen var socialtjänsten och sjukvården. Utgivningen är ett led i uppdrag från regeringen att informera och utbilda.

Tio år senare lyftes frågan om våld mot kvinnor fram för första gången som egen fristående jämställdhetsfråga (prop. 1990/91:113 om en ny jämställdhetslag m.m.) I propositionen föreslogs en rad åtgärder för att synliggöra problemet med våld mot kvinnor och stärka samhällets skydd, stöd och hjälp till utsatta kvinnor. Regeringen gav medel till utvecklingsinsatser som hade till syfte att förbättra socialtjänstens bemötande och omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. En av åtgärderna var ett uppdrag

till Socialstyrelsen att initiera ett regionalt och lokalt utvecklingsarbete för att förbättra samarbetet mellan myndigheter och frivilliga organisationer när det gäller kvinnomisshandel. Projektet ”Myndighetssamarbete vid kvinnomisshandel” pågick under åren 1992–1995 i Stockholms, Dalarnas, Södermanlands, Blekinge och Skaraborgs län.

I regleringsbrevet för 2005 fick Socialstyrelsen och länsstyrelsen i uppdrag att tillsammans inventera i vilken utsträckning landets kommuner har handlingsplaner för arbetet med våldsutsatta kvinnor. Rapporten innehåller en redovisning av vilka kommuner som har handlingsplaner, när de har antagits och vem som har beslutat att anta planen. [340]

Könsstympning

Könsstympning är en fråga där Socialstyrelsen tillsammans med andra myndigheter och organisationer har gjort en hel del insatser under åren för att uppmärksamma, sprida kunskap om och motarbeta. I en broschyr som Socialstyrelsen gav ut 2002 i samarbete med RFSU får man bland annat veta att Kvinnlig könsstympning i alla former är förbjuden i svensk lag (sedan 1982) och att det inte är påbjudet i några religiösa skrifter. Skriften finns översatt till engelska, somaliska, tigrinja, arabiska och amhariska. [341] I samarbete med Barnombudsmannen gav Socialstyrelsen 2004 också ut en broschyr om kvinnlig könsstympning riktad till kvinnor och unga flickor, ”Du har rätt att säga nej!”.

Nu senast har Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att ta fram en handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor inom områdena socialtjänst, elevhälsa och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har identifierat fem utvecklingsområden där det finns behov av insatser: Kartläggning, Identifiering, Samverkan, Kunskap och kompetens hos berörda yrkesgrupper samt Information och stöd till målgrupper. [342]

Barn som far illa

En av de frågor som Socialstyrelsen fick ”ärva” från Medicinalstyrelsen var ett uppdrag som regeringen gett 1965 om att undersöka förekomst och omfattning av barnmisshandel och föreslå förebyggande åtgärder. Till ordförande utsågs professorn i pediatrik *Rolf Zetterström*. Utredarna delade in fallen av barnmisshandel i två huvudavdelningar utifrån motiven:

- Misshandel utdelad som bestraffning i uppfostringssyfte, av förövaren definierad som aga.
- Misshandel utan att uppfostringssyfte kan åberopas och som enligt Socialstyrelsens sjukdomsklassifikation (1968) kunde hänföras till rubriken mord, dråp och annan uppsåtlig misshandel.

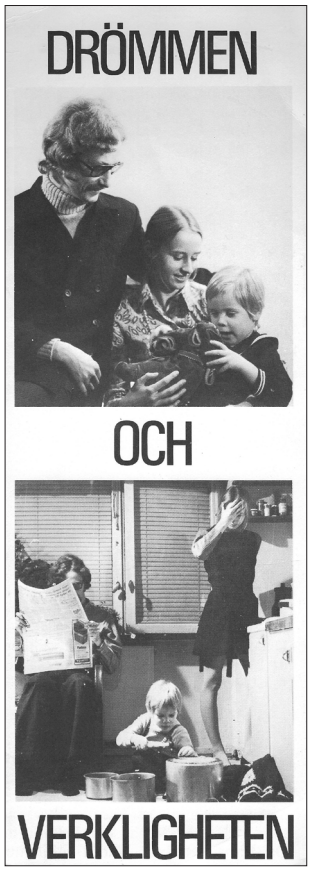
I utredningens slutrapport 1969 lämnade utredarna ett antal förslag till åtgärder, fördelat på bland annat:

- Åtgärder som syftade till att upptäcka fall av barnmisshandel.
- Behov av ökade kunskaper om typ av skador och övrig symtombild samt förloppet vid barnmisshandel.
- Åtgärder vid konstaterad barnmisshandel eller om man misstänkte misshandel. Här ingick till exempel anmälan till barnavårdsnämnden,

Barnmisshandel: Hela familjen tas om hand 1979

Just nu prövas olika former för att förebygga misshandel och vanvård av barn. Främst handlar det om att förbättra samarbetet mellan berörda institutioner och personalgrupper, satsa på information till anställda inom barnomsorgen – samt att ge sluten eller öppen vård av hela familjen.

I Socialnytt 10/79 presenteras fyra projekt – i Uppsala, Malmö, Göteborg och Stockholm – som arbetar med att upptäcka, utreda och behandla barnens och föräldrarnas akuta problem. I Malmö startar t.ex. under vintern ett försöksprojekt som innebär att hela familjen – alltså även de vuxna – tas in för utredning och terapi vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. I Göteborg pågår ett projekt som främst syftar till att ta reda på om psykoterapi är en lämplig behandling vid barnmisshandel för såväl föräldrarna som barnet.
(Pressmeddelande om Socialnytt nr 10, 1979)



Den här foldern skulle motivera föräldrar att våga ta kontakt med någon att tala med.

inrättande av en särskild nämnd inom Socialstyrelsen för behandling av barnmisshandelsfall samt registrering av barnmisshandelsfall.
- Förebyggande åtgärder. Där man betonade vikten av att den förebyggande barnavården fick kännedom om alla nyfödda barn från förlossningsanstalterna. [343]

10 år senare

”Kan den nya lagen stoppa barnpornografin?” var rubriken på en artikel i Socialnytt nr 1, 1979. Där kunde man bland annat läsa att en av de grövsta formerna av barnmisshandel och utnyttjande av barn som för närvarande bekämpas av flera grupper i Sverige och utomlands är barnpornografin. Den svenska lagstiftningen ska skärpas men porrförsäljarna och distributörerna tänker inte låta sig hejdas. Socialnytt hade intervjuat flera försäljare som sa att de skulle fortsätta sälja barnpornografi även om den blev förbjuden.

I Socialnytt nr 1, 1979 intervjuas också *Iba Svahn*, Socialstyrelsen. Från en internationell konferens om barnmisshandel berättar hon att förekomsten av barnmisshandel hänger ihop med hur mycket våld i övrigt som exponeras och accepteras i ett samhälle. Samma år, 1979, skrivs förbud mot aga in i föräldrabalkens 6:e kapitel.

I skriften ”Barnmisshandel och annan vanvård av barn”, som Socialstyrelsen gav ut 1980 anges att antalet barn som omhändertogs ökade från 6000 år 1971 till 8000 år 1978. Antalet ungdomar i samhällsvård under samma intervall minskade däremot från 5000 till 2500. Antalet fall av barnmisshandel ökade under de sju åren. Brister i barnomsorgen beskrivs som stor. [344]

Senare kartläggning

Enligt en kartläggning som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag gjorde 2012 vårdas cirka 3 000 barn årligen på sjukhus efter övergrepp. Polisen tar emot 19 100 anmälningar om barnmisshandel. Det handlar om misshandel, psykiskt våld, sexuella övergrepp, hedersrelaterat våld, bevittnande av våld eller kränkande behandling. För att arbetet med våldsutsatta barn ska bli bättre måste kunskap och erfarenhet samordnas och sätten att arbeta utvecklas. Kartläggningen visade också att en viktig källa till kunskap är landets drygt 30 barnahus. Där samverkar kommuner, landsting och stat kring barn som bevittnat våld eller själva misstänks vara utsatta för brott mot liv, hälsa, frid och frihet, sexualbrott eller kvinnlig könsstympning. Sedan några år finns ett kunskapscentrum för dessa frågor, Barnafrid, i anslutning till Linköpings universitet. Socialstyrelsen har också jobbat en hel del med dessa frågor inom ramen för uppdrag om barn som anhöriga. [345]

Fakta om våld mot barn

- Årligen vårdas i genomsnitt cirka 3 000 barn på sjukhus efter att ha utsatts för övergrepp. Majoriteten är äldre än 12 år.
- Under 2011 kontaktades BRIS av drygt 3 300 barn som berättade om fysisk misshandel, psykisk misshandel och sexuella övergrepp.
- 2011 polisanmäldes 19 100 misshandelsbrott mot barn i åldern 0–17 år.
- 2011 polisanmäldes 2 990 våldtäkter mot barn i åldern 0–17 år, 91 procent av dessa avsåg våldtäkt på flickor och 9 procent avsåg pojkar.
- 2010 gjordes uppskattningsvis cirka 140 000 anmälningar till socialtjänsten om barn som far illa eller riskerar att fara illa. Anmälningarna avsåg 60 000 barn och ledde till att 30 000 utredningar inleddes.

Olyckor och skador

Under slutet av 1980-talet deltog Socialstyrelsen på olika sätt i aktiviteter för ett skadefritt Sverige. Runt om i landet pågick verksamhet för att registrera och förebygga olycksfallsskador. Vid en uppföljning 1989 kunde man notera att det pågick ungefär 130 olika projekt i landstingen och av

andra organisationer. Socialstyrelsens byrå för hälsoskydd gav ut ett informationsblad, ”Socialstyrelsen informerar om olycksfall”. Där får man bland annat veta att Socialstyrelsen arbetat fram två dokument som kan användas som hjälpmedel vid en registrering, dels klassifikationer för registrering av olycksfallsskador, dels en handbok i olycksfallsskaderegistrering. [346]

Under perioden 1998–2002 rapporterades diagnosuppgifter och uppgifter om yttre orsak till sjukdom och död till Socialstyrelsen enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD10-SE). Totalt har antalet utskrivna personer med huvuddiagnos skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker minskat under femårsperioden från 117 000 till 114 000 per år. Samtidigt har antalet personer med angiven yttre orsak till sjukdom och död ökat från 123 000 till 132 000. En förklaring till att fler personer vårdats med yttre orsak till sjukdom och död än med skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker som huvuddiagnos är att denna kod även kan anges när skadan eller förgiftningen behandlats som bidiagnos. [347]

De flesta olyckor som kräver medicinsk behandling, 800 000 till en miljon per år, inträffar i hemmet eller i närmiljön skriver Socialstyrelsen i en rapport 2012. [350]

Skador bland barn

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen redovisat statistik över skador bland barn i åldrarna upp till och med 17 år 2016. År 2016 avled 49 barn i åldrarna 0–17 år till följd av skadehändelse. Antalet barn som avlider till följd av skadehändelse har dock minskat kraftigt sedan 1970-talet. Drygt 15 500 barn blev inlagda på sjukhus på grund av skadehändelse och uppskattningsvis 140 000 barn behandlades på en akutmottagning 2016. Olycksfall utgjorde hälften av skadehändelserna bland barn som avlidit och 86 procent av dem som lagts in på sjukhus. Statistiken innehåller både skador och skadehändelser, uppdelat för flickor och pojkar och orsak till skadan. Skadehändelserna särredovisas också för vissa skadeplatser, uppkomstsätt och aktiviteter vid skadetillfället. Dessa har valts ut för att ge underlag till samhällets skadeförebyggande arbete. Statistiken som presenteras i rapporten baseras på Socialstyrelsens register. [348]

- Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen med 68 984 inskrivna på sjukhus år 2016.
- Självskador är vanligast bland unga kvinnor. År 2016 var 1 330 kvinnor i åldern 15–24 år inskrivna på sjukhus för detta.
- Nästan åtta av tio skador bland barn sker på fritiden.

Kampanj uppmärksammar fallolyckor

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall, flest antal inläggningar på sjukhus och flest antal besök på akutmottagningar. Under 2013 omkom 1 662 personer i fallolyckor, över 70 000 blev inlagda i sluten sjukhusvård och över 270 000 uppsökte ett akutsjukhus efter att ha skadats i fallolyckor. De fallolyckor som tas om hand i primärvården är inte med i denna statistik. I den äldsta åldersgruppen, 80 år eller äldre, orsakas nio av tio skador av ett fall. Fallolyckor är också, tillsammans med förgiftningsolyckor, den olyckstyp som ökar snabbast av alla olyckstyper. [349]

Under 2017 inledde Socialstyrelsen en nationell kampanj för att uppmärksamma och förebygga fallolyckor, Balansera mera – tips och råd för att förhindra fallolyckor i vardagen. Kampanjen har tre teman: mat, motion och medicin. Kampanjen uppmärksammar personer i åldern 55 år och uppåt om hur man själv kan minimera risken att falla. [351]

Utlandsresor ökar epidemirisken

”För att undanröja några av de risker i hälsohänseende som ett allt mer ökande reseliv kan medföra för såväl resenärerna som de hemmavarande anordnade Socialstyrelsen den 27 mars (1968) ett informationsmöte för resebyråfolk rörande risker för svenskar i utlandet. Man diskuterade förebyggande åtgärder före resans anträdande, åtgärder vid insjuknande i utlandet och åtgärder för att förhindra att smitta överförs till Sverige.” (Socialstyrelsens personaltidning nr 4–5, 1968)

Bekämpning av smitta

På olika sätt har Socialstyrelsen bidragit till bättre hygien samt minskning av infektioner hos barn och ungdomar genom råd om vaccinationer, anmälningsplikt av vissa smittsamma sjukdomar och minskad användning av antibiotika. Bland annat har en vaccinationskalender på svenska och ett stort antal invandrarspråk tryckts och distribuerats till hälso- och sjukvården.

Media rapporterade om ökning av antalet fall av kikhosta hos barn 1979. Socialstyrelsens rådgivande vaccinationsnämnd menade att en del av vad som skrevs kunde beskrivas som skrämselpropaganda, som i onödan skrämmer upp många småbarnsföräldrar. Kikhostan i Sverige är av en lindrigare form än i andra länder. Nämnden stod därför fast vid det tidigare beslutet att inte rekommendera allmän vaccination. Förebygga, behandla, minska spridning och i vissa fall isolering var nämndens råd vid utbrott.

En föreskrift om tuberkulinprövning och BCG-vaccinering där det finns smittorisk gavs ut 198l. Antalet fall av tuberkulos detta år var 875, varav 183 hos tidigare eller nuvarande utländska medborgare. Hos svenskar var flertalet 75 år eller äldre. En TBC-härd från tidiga år kan blossa upp vid sjukdom eller nedsatt allmäntillstånd. Två år senare kom precisering i en ny föreskrift. I den sägs att nyfödda ska vaccineras om de kommit i kontakt med TBC och om de är barn till invandrare från länder med risk för smitta.

Klamydia klassades som venerisk sjukdom 1988, ”då denna infektion är ett betydande folkhälsoproblem”. Cirka 100 000 svenskar var smittade. Men effektiv behandling finns, skrev Socialstyrelsen. Information gavs ut till ungdomsmottagningar, vårdcentraler, gynekologmottagningar, laboratorier. Efter fem år hade antalet smittade i landet halverats.

Socialstyrelsen skickade 1988 meddelande till BVC om att öka antalet vaccinationer mot polio och difteri. Meddelande gick också till TT om risk att drabbas av Borrelia och TBE efter fästingbett. Siffrorna om hur stor risken är, är fortfarande osäkra.

En ny smittskyddslag trädde i kraft den 1 juli 1989 där landstingens smittskyddsläkare får ett vidgat ansvar. Sjukdomar som anges som samhällsfarliga är bland annat difteri, hepatit, TBC, salmonella, HIV, rabies. Särskilda åtgärder gäller för att förhindra att de sprids. Krav på åtgärder vid smittade matvaror och smittat vatten beskrivs. Socialstyrelsen ger bland annat ut en broschyr till allmänheten, Skyddet mot smittsamma sjukdomar. [352]

Antalet infektioner i vården är otillfredsställande högt konstaterar Socialstyrelsen 1989 och kräver kraftfulla åtgärder. Hälso- och sjukvårdslagen bör omarbetas så att det går att ställa tydliga krav på hygienisk standard.

I slutet av 1990-talet genomförde Socialstyrelsen en verksamhetsöversyn av vårdrelaterade infektioner. Samma år publicerades rapporten ”Att förebygga infektioner i vården II – Ett kunskapsunderlag”, skriven av experter på olika områden inom sjukvården. Innehållet var anpassat till EU:s direktiv och regler. [353]

Se också 10. Heta frågor om hiv och aids s. 151.

Rationell antibiotikaanvändning

I mitten på 1990-talet bildades Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Det var ett frivilligt nätverk och ett rådgivande organ. Efter oroande rapporter om antibiotikaresistens orsakade av överanvändning av antibiotika på 1970- och 80-talen tog en referensgrupp på Svenska Läkaresällskapet tillsammans med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket initiativet till bildandet av nätverket. *Otto Cars* och *Peet Tüll* var förgrundsfigurer i en stundom seg kamp för att få förståelse för och finansiering av Strama. Claes Örtendahl engagerade sig även för att Strama skulle bli till. Smittskyddsläkare i hela landet var positiva. De initierade dessutom olika lokala projekt och forskning på området. Media bidrog till att tydliggöra faran med att använda antibiotika i onödan. MRSA (Multiresistenta Staphylococcus Auros) blev ett känt begrepp. Men kravet på antibiotika vid banala infektioner från allmänheten och från föräldrar till barn var och är fortfarande starkt. Först 2006 erhöll Strama en instruktion från regeringen och permanent finansiering. Ansvaret för Strama överfördes 2010 till Smittskyddsinstitutet och ligger nu på Folkhälsomyndigheten.

Antalet fall med antibiotikaresistenta infektioner (MRSA) ökade från 210 år 2001 till 425 år 2012. En del av den rapporterade ökningen torde bero på att provtagningarna har ökat.

FN bildade 2017 en kommission med syfte att verka för att få bukt med den ökande antibiotikaresistensen i världen. Otto Cars är en av 27 personer i gruppen. ”Antibiotikaresistens är en av vår tids ödesfrågor. Den hotar sjukvården, världsekonomin och den globala utvecklingen” (Otto Cars i en intervju i Svenska Dagbladet 1 augusti 2017).

Hälsorisker i miljön

Allergier

Den statliga allergiutredningen lämnade sitt betänkande ”Att förebygga ALLERGI/ överkänslighet” (SOU 1989:76) i november 1989. I utredningens pressmeddelande kan man bland annat läsa: ”Allergi och annan överkänslighet har blivit en av vår tids folksjukdomar och den ökar. Var fjärde vuxen besväras av någon form av allergi eller överkänslighet. Förklaringen till den höga och ökande allergifrekvensen måste enligt utredningen sökas i miljöföroreningar. Barns högre frekvens kan förklaras av deras större känslighet men också av barns dåliga inomhusmiljöer i skolor, lägenhetsdaghem och barnstugor. Utredningen uppmanar kommunerna att ta sitt ansvar för barns försummade inomhusmiljöer. [354]

Socialstyrelsen låg väl framme när det gällde att informera om inomhusmiljö och bland annat allergier. Informationsbladet ”Socialstyrelsen informerar om barnomsorgen nr 3/88” ägnas till exempel helt åt inomhusmiljö och allergier och ett allmänt råd om lokaler och miljö i förskola och fritidshem publicerades samma år. Andra exempel från samma tid är broschyren ”Dagissjuka?” samt ”Klimatproblem i barnstugor”; båda utgivna av Arbetarskyddsstyrelsen, Planverket och Socialstyrelsen.

Som ett led i arbetet att förbättra och utöka möjligheterna att studera sambandet mellan cancersjuklighet och miljöfaktorer skapade Social-

Hybrid-DNA: Industrins framtidshopp eller livsfarliga epidemier?

Är hybrid-DNA ett hot mot människans framtid? Kan livshotande bakterier och virus av misstag slippa ut ur laboratorierna och förorsaka katastrofala epidemier? Frågetecknen kring de konstgjorda arvsanlagen hopar sig. Inom läkemedelsindustrin vill man tona ner skräckvisionerna. För dem är hybrid-DNA nyckeln till storproduktion av läkemedel, som idag är mycket dyra och svåra att framställa, t.ex. tillväxthormon som hindrar barn från att bli dvärgar. Kanske är hybrid-DNA också lösningen på många av de mest fruktade sjukdomarna som cancer och MS. (Pressmeddelande om Socialnytt nr 7/79)

Faktaprogram om allergi

Det återstår tre av Röda Fjädern-kampanjens sex FAKTA-program om allergi i TV 2 under hösten (1989): ”Krypen på loftet”, ”Sjuk av skönhet” och ”Luftslottet”. Tidigare visade program är: ”Kvalster – vårt okända husdjur”, ”Jag kan inte andas” samt ”Törs jag pussa min kille?”. (Socialstyrelsen informerar om Hälsoskydd, nr 5/november 1989)

Socialstyrelsen informerar om

BARNOMSORGEN

Nr 3/88

Ta hänsyn till allergikerna redan vid planeringen

Karins lilla hund är jättegullig !!

Allergi och annan överkänslighet är numera en av våra stora folksjukdomar. Ungefär 20 procent av alla barn har någon form av allergi.

Sjukdomen kan yttra sig som astma, eksem, bisöra, nässelutslag eller andra symtom. Symtomens svårighetsgrad varierar alltifrån lindriga symtom, som kan hållas under kontroll med förhållandevis små insatser, till extrem överkänslighet, där barn kan få livshotande symtom av små mängder av det allergiframkallande ämnet.

Hur är då beredskapen för att ta emot allergiska barn i barnomsorgen? Behoven och förutsättningarna varierar naturligtvis mellan olika kommuner. Klart är dock att planerare och beslutsfattare måste ta hänsyn till allergikerna när de planerar att bygga, inreda och underhålla.

I det här numret av Aktuellt inom barnomsorgen tar vi upp något av det som planerare, och beslutsfattare kan göra för att kunna ta emot allergiska barn. Men verksamheten ska också genomföras, och där har personalen en viktig uppgift.

Boken *Barn med allergi* i socialstyrelsens serie Arbeta i barnomsorgen ger fakta och vägledning till personalen i arbetet med allergiska barn. I boken finns också förslag till en studiedag om barn med allergi.

Barn med allergi kostar 45 kronor och kan beställas från Utbildningsförlaget, Kundtjänst, telefon 08-739 96 60. Moms, frakt och expeditionsavgift tillkommer.

Socialstyrelsen

styrelsen i samarbete med Statistiska centralbyrån ett nytt cancermiljöregister för forskningsändamål. Registret som fick benämningen Cancermiljöregister -70 (CMR-70) innehåller uppgifter från Cancerregistret och uppgifter om yrkestillhörighet, boendeform, bostadsort m.m. från folk- och bostadsräkningen 1970 (FoB 70). Tio år tidigare hade ett liknande register skapats, Cancermiljöregister -60 (CMR-60).

Asbest

Under 1980-talet uppmärksammades hälsofaran med att ha arbetat med material som innehöll asbest. Asbest användes mest i mitten på 1960-talet. Eventuella lungskador visade sig först efter 10–20 år. Genom statliga medel erbjöds alla som arbetat med asbest en gratis hälsoundersökning i slutet av 1980-talet fram till 30 juni 1989. Information om möjligheten till hälsoundersökning gavs bland annat via TV:s Anslagstavlan och i en broschyr, Har du jobbat med asbest? Asbest var också temat för några artiklar i Socialstyrelsens tidning Socialnytt, vilket orsakade en del kritiska reaktioner från tillverkningsindustrin.

Buller

I juni 1989 hölls ett möte på Socialstyrelsen om bullerexponering vid offentliga tillställningar, bl.a. diskotek och rockkonserter. Ett 25-tal personer deltog från bland annat yrkesmedicinska kliniken vid Södersjukhuset i Stockholm, Miljö- och hälsoskyddsnämnden i Sundsvall, Konsumentverket, Yrkesinspektionen, Arbetarskyddsstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, audiologiska experter samt representanter för musikbranschen m.fl.

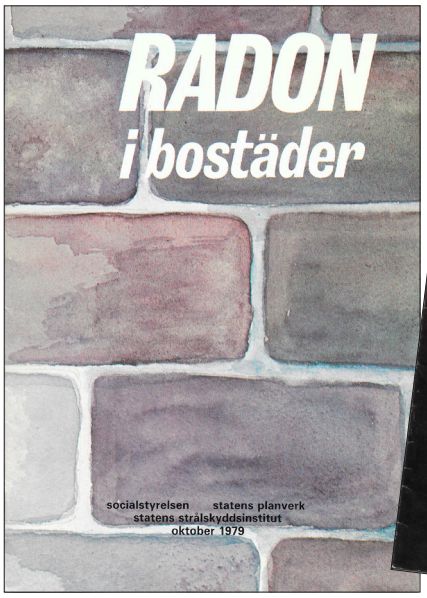
Vid mötet redovisades ljudnivåer från hårdrockkonserter på 110–125 dBA med peakvärden på 130–140 dBA. Undersökningar hade visat att de som utsätts för dessa höga ljudnivåer löper risk att drabbas av hörselskador. Mötet konstaterade att det behövdes information och ett allmänt råd från Socialstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen och Konsumentverket. [355]

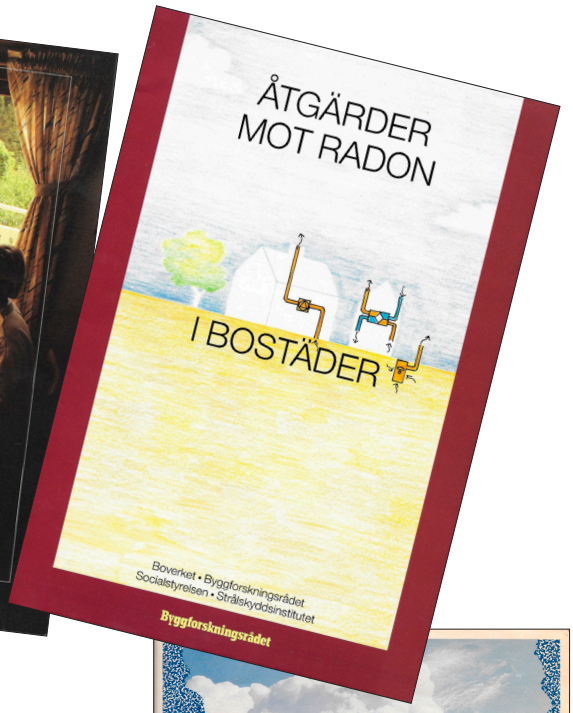
Socialstyrelsen gav ut allmänna råd där man rekommenderade att genomsnittsnivån för ljudet vid konserter och andra evenemang skulle vara högst 100 decibel. Om barn under 13 år närvarade gällde 97 decibel. Idag gäller allmänna råd om höga ljudnivåer från Folkhälsomyndigheten. Riktvärdet för maximalt ljud i lokaler och platser dit barn under 13 år inte har tillträde är 115 decibel och riktvärdet för maximalt ljud i lokaler och platser dit både barn och vuxna har tillträde är 100 decibel. [356]

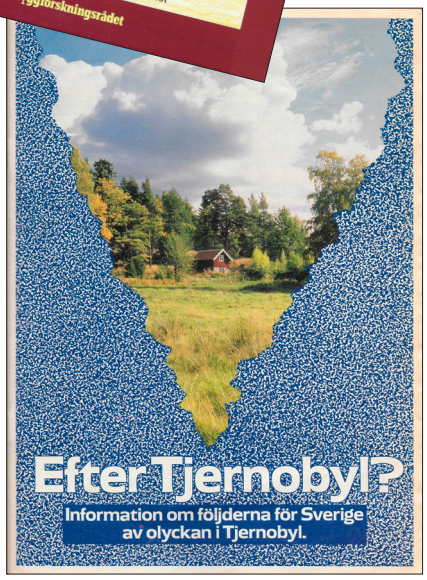
Radon och annan strålning

Från slutet av 1970-talet och framåt har radon och hälsorisker uppmärksammats i utredningar och beslut från regering och myndigheter. Bland annat i tre statliga utredningar om radonstrålningens hälsorisker:

- Radonutredningen som tillsattes 1979 för att utreda strålningsrisker i byggnader och föreslå åtgärder.
- Cancerkommittén som tillsattes 1979 för att föreslå former att förebygga cancer.
- Strålskyddsinstitutets, Planverkets och Socialstyrelsens lägesrapport om hälsorisker, mätresultat och effekter av åtgärder 1987.





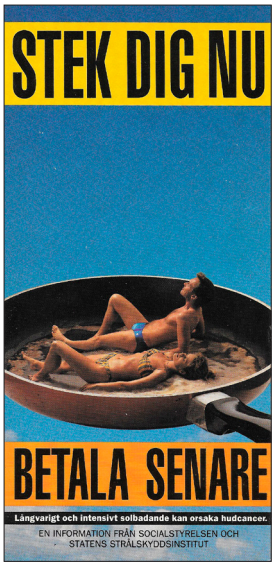


En hel del information publicerades under de kommande åren riktad till kommuner, berörda personalgrupper och allmänhet, med svar på frågor om risker, var strålning kan förekomma, hur man mäter, vart man vänder sig m.m.:

- Radon i bostäder, Socialstyrelsen, Statens planverk och Statens strålskyddsinstitut, oktober 1979.
- Radon och din hälsa, Statens strålskyddsinstitut och Socialstyrelsen 1988.
- Åtgärder mot radon i bostäder, Boverket, Byggforskningsrådet, Socialstyrelsen, Strålskyddsinstitutet, 1990.

Risk för ohälsosam strålning blev också högaktuell efter reaktorolyckan i Tjernobyl 1986. När olyckan inträffade fanns det ett kraftigt högtryck över Ukraina, där Tjernobyl ligger. Vädret var vackert och vinden blåste mot Skandinavien. De radioaktiva ämnena fördes mot Sverige och Finland och nådde Sverige på eftermiddagen den 27 april 1986. Många blev oroade för vilka konsekvenser det skulle få om mat och dryck fått förhöjda värden av radioaktivt cesium. Statens strålskyddsinstitut var dock snabb med att i samarbete med åtta andra myndigheter och två länsstyrelser ta fram en informationsbroschyr, ”Efter Tjernobyl? Information om följderna för Sverige av olyckan i Tjernobyl”, som sändes ut till alla hushåll. Socialstyrelsen var en av de åtta myndigheterna.

Att också solens strålar har sina risken framgår inte minst i den ökning av antalet fall av hudcancer (malignt melanom) som kunnat noteras i Cancerregistret. Också här har Socialstyrelsen gjort insatser för att uppmärksamma allmänheten på riskerna, ge kunskap om hudförändringar som kan vara förstadier till hudcancer och hur man kan skydda sig, bland annat tillsammans med Statens strålskyddsinstitut med hjälp av illustrativa bilder.



12. Socialstyrelsen i världen

Socialstyrelsens arbete med Agenda 2030

Agenda 2030 är namnet på de nya globala utvecklingsmål som beslutades av FN i september 2015. Målen handlar bland annat om att öka arbetet med att utrota fattigdom och hunger och förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla i världen.

I Sverige deltar Socialstyrelsen, tillsammans med cirka 80 andra statliga myndigheter, i arbetet med att genomföra målen i Agenda 2030. I mars 2017 undertecknade Socialstyrelsen en myndighetsgemensam avsiktsförklaring i syfte att främja ett myndighetsövergripande samarbete att genomföra målen. [357]

Sverige är populärt

Tack vare att Sverige av många betraktas som ett föregångsland inom hälso-, sjuk- och socialvården, är vårt land ett populärt studiemål för såväl stipendiater som andra besökare från hela världen. Genom NIH-kansliets försorg ordnades 431 studieprogram för 1 455 besökare från ett 60-tal länder under budgetåret 1971/72. [360]

Socialstyrelsen har alltsedan starten deltagit i nordiskt, europeiskt och internationellt samarbete inom organisationer och bilateralt. 2015 uppgick verkets internationella engagemang till storleksordningen 95 grupper/åtaganden enligt en inventering som Socialstyrelsens internationella sekretariat genomförde. Flest åtaganden noterades inom EU. Därefter finns representation eller kontakter i fallande storleksordning i organisationer som Nordiska ministerrådet, WHO, Europarådet, OECD, FN, NATO, Council of Baltic Sea States (CBSS) och en mängd olika typer av internationella organisationer och nätverk. Flest åtaganden finns inom hälso- och sjukvårdsområdet. I vissa fall har myndigheten utsetts till behörig myndighet eller nationell kontaktpunkt. Totalt beräknades 60 av verkets anställda vara berörda av internationella engagemang i olika omfattning 2015. Socialstyrelsen bevakar också den internationella forskningen och kunskapsutvecklingen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. [357, 358]

Socialstyrelsen fungerar som Sveriges kontaktpunkt gentemot EU och WHO när det gäller vissa hälso- och sjukvårdsfrågor. Det görs genom uppdragen som Chief Medical Officer, Chief Nurse Officer och Chief Dental Officer som även har motsvarigheter i övriga länder.

Vi har valt ut några exempel för att illustrera bredden i Socialstyrelsens verksamhet även utanför landets gränser.

Nämnd samordnade internationella frågor

Nämnden för internationella hälsovårdsärenden (NIH) bildades redan 1952 inom Medicinalstyrelsen. Den fungerade som ett stabsorgan under generaldirektören, och arbetade med internationella hälso- och socialvårdsärenden, samt hade kontakt med internationella organ, särskilt FN, WHO och Europarådet. Nämnden ansvarade för information och studieprogram till de internationella besökare som kom för att studera svensk sjukvård, bland annat genom stipendier från WHO och Europarådet. Även svenskar som ville studera i utlandet kunde ansöka om WHO- och Europarådsstipendier. [359]

Nämnden hade hand om omfattande samarbetsavtal inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Sverige och ett flertal andra länder såsom Polen, Frankrike, Tjeckoslovakien, Jugoslavien och Kina. Samarbetet kunde handla om utbyte av expertis inom det medicinska fältet och anordnande av kurser, symposier och konferenser i det aktuella landet eller i Sverige. NIH svarade också på förfrågningar, remisser etc. av internationell karaktär som riktats till Socialstyrelsen, tillsammans med verkets övriga byråer. 1972 bytte nämnden namn till Nämnden för internationella hälso- och

socialvårdsärenden. Den upphörde 1978 och verksamheten övertogs av Socialstyrelsens Internationella sekretariat. [361]

Nordiskt samarbete

Generaldirektörsmöten

Ett årligt inslag i generaldirektörens kalender har varit och är möten med cheferna för motsvarigheten till Socialstyrelsen i övriga nordiska länder. Numera deltar också chefen för Inspektionen för vård och omsorg. Värdskapet cirkulerar och innefattar de nordiska hälso- och socialdirektörerna, dvs. cheferna för motsvarigheterna till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg i varje land. Finland var värd för 2018 års möte i augusti där bl.a. kvalitetsregister, tillsynsreformer och isländska läkares ST-tjänstgöring diskuterades. En stående punkt är att länderna delar med sig av information till varandra om pågående reformer och utredningar och det skrivs en rapport från varje möte. Ett av syftena är också att generaldirektörerna ska lära känna varandra och kunna diskutera informellt.

Nästa år (2019) är Sverige värd för mötet som troligen kommer att hållas på Socialstyrelsen.

Andra exempel

Socialstyrelsen har varit och är aktiv i nordiskt samarbete, inte minst Nordiska rådets olika grupper och projekt. Ett exempel är utvecklingen av kvalitetsindikatorer, där Sverige deltagit i Nordiska Ministerrådets olika projekt. Det har dels handlat om att lära av varandra hur respektive land utvecklar och använder indikatorer inom hälso- och sjukvården, dels utveckla samnordiska indikatorer som kan användas i nationella nordiska jämförelser. Liknande projekt har också sedan början av 2000-talet pågått inom ramen för OECD:s projekt Health Care Quality Indicators.

Mer direkt samarbete har också funnits under åren. Ett sådant exempel är ett svenskt – finskt samarbete 1983 för att ta fram allmänna råd om Samarbete i omsorger om barn och ungdomar Sverige – Finland. [362] Bakgrunden var att in- och utvandringen mellan länderna medfört att såväl enskilda som familjer behövt kontakta sociala myndigheter. Ibland behövde ärenden handläggas gemensamt av myndigheter i de båda länderna.

Framträdande frågor under 70-talet

Inom vissa områden var Socialstyrelsen extra framträdande och drivande inom bland annat WHO och andra internationella organisationer under 1970-talet. Det gäller till exempel frågor om läkemedel, narkotika, tobak och rökning och smittskyddsfrågor.

Läkemedelsfrågor

I Socialnytts petitanummer 1975/76 handlar avsnittet Internationellt samarbete framför allt om läkemedelsfrågor. Där får man bland annat veta att:

- Informationsutbytet inom ramen för t.ex. WHO och EFTA samt med den amerikanska systerorganisationen Food and Drug Administration

(FDA) är av stort värde för Läkemedelsavdelningens arbete. Kontakterna med WHO gäller både biverkningsrapportering och allmänt utbyte av läkemedelsinformation.

- En konferens våren 1974 i Holland mellan företrädare för läkemedelsnämnderna i Holland, England, Danmark och Sverige gav Läkemedelsavdelningen ökade möjligheter till kontakt med EG samt till information om samarbete med benelux-länderna.
- En nordisk läkemedelsnämnd förväntas bli inrättad under 1974/75 inom ramen för det nordiska samarbetet. Som en av sina första uppgifter torde nämnden behandla frågan om nordisk receptgiltighet. Det nordiska samarbetet om läkemedel formaliserades genom inrättandet av Nordiska rådet om läkemedel (Nordiska läkemedelsnämnden, NLN) i januari 1975. Det är nu en oberoende blogg utan politisk kontroll. [363]

Narkotikafrågan

Sverige hade en mycket aktiv roll när det gäller att få in de centralstimulerande medlen i den internationella narkotikakonventionen. År 1978 blev Bror Rexed chef för FN:s narkotikaorgan, UNFDAC (United Nations Fund for Drug Abuse Control), som inrättats 1971. [364]

1971 års psykotropkonvention är en konvention som antogs av Förenta nationerna den 21 februari 1971 i Wien och som trädde i kraft den 16 augusti 1976. 2010 var 183 länder anslutna till konventionen. Den förpliktar de anslutna staterna att begränsa användningen av medel, som regleras av konventionen, till medicinska och vetenskapliga ändamål. [365]

Mer WHO

WHO:s världskonferens i Sundsvall

Under 1991 var Sverige värd för WHO:s världshälsokonferens ”Health for All”. Den hölls i Sundsvall och invigdes av socialminister Ingela Thalén och WHO:s dåvarande chef dr *Nakajima*. Förutom invigningstal bjöds gästerna och Sundsvalls befolkning på världens största hälsolunch – grov fiberbulle, grundvatten utan tillsatser, sallad, kalkon och äpple. Tretusen personer deltog i den jättelika utelunchen som därmed blev inskriven i Guiness Book of Records.

I slutdokumentet, det så kallade Sundsvallsdokumentet, som antogs enhälligt hade 300 delegater från 81 nationer enats om en ny definition av ”Hälsa för alla”. Det traditionella hälsobegreppet breddades till att innefatta samtliga livsbetingelser som påverkar en människa. Hälsa är inte längre en fråga om enbart hälsovård, utan en fråga om politiska, sociala och ekonomiska faktorer. In i det sista fanns dock konflikter mellan delegaterna om formuleringar. En konflikt höll på att resultera i en hälsokonferens utan slutdokument, men motsättningarna överbryggades genom insatser av redaktionskommittén under ledning av Socialstyrelsens generaldirektör Claes Örtendahl. (Socialstyrelsens personaltidning nr 18, 1991)

Läkemedelsavtal

”Det första avtalet om samarbete inom läkemedelsområdet mellan två länders kontrollmyndigheter tecknades nyligen mellan Sverige och Australien. Det var vid en ceremoni på läkemedelsavdelningen i Uppsala som generaldirektör Maj-Britt Sandlund och Australiens ambassadör i Sverige *Ian E Nicholson* undertecknade avtalet. Avtalet kommer att bidra till snabbare utredningar av nya läkemedel inför registrering, vilket är positivt såväl för läkemedelsindustrin som för hälso- och sjukvården.”
(Socialstyrelsens personaltidning nr 3, 1989)

WHO:s världshälsodag 1984 hade temat barns hälsa i morgondagen. På Socialstyrelsens uppdrag skrev professor Claes Sundelin och skolöverläkare *Annika Sedvall* boken ”Barnens hälsa – morgondagens välfärd. Hur har svenska barn det i dag? Vad kan vi göra?”

Toppmöte i Stockholm mot centralstimulantia

”Sverige vill ha in de s.k. centralstimulerande medlen (Amfetamin, Preludin, Ritalina) i narkotikakonventionen för att få skärpt kontroll över olaglig produktion, import och export. Generaldir. Bror Rexed gjorde i somras en uppmärksammad framstöt för detta på WHO (”Världshälsan”) i Genève, men den gången gick det inte. En ny stöt i den riktningen blir socialstyrelsens internationella toppmöte i Stockholm den 23–27 nov. kring centralstimulantia.

Generaldir. Rexed öppnar det första stora symposiet om amfetaminmissbruket som hållits i världen. Mötet blir en unik ”trialog” mellan psykiatrer, biokemister och farmakologer kring en epidemisk sjukdom, som är mest spridd i Sverige. De tre dagarnas överläggningar leds av bl.a. förre generaldir. Arthur Engel.”
(Svenska Dagbladet 14 november 1968)

Bosse Pettersson: **Socialstyrelsen och WHO - några minnen och reflektioner**

Mitt intresse för WHO väcktes när jag i slutet av 1970-talet på vägen till Socialstyrelsen då och då fick sällskap med Bror Rexed från T-banebytet vid Slussen till Karlaplan och promenaden till Linnégatan. Bror resonerade ofta om sina kosmopolitiska tankar, det vi idag kallar globalisering. En gång var han nyss hemkommen från WHO:s Världshälsoförsamling i Genève då utrotningen av smittkoppor varit en stor fråga på dagordningen. Mötet pågick vid den tiden fyra veckor i streck – hela maj – utan tillgång till vare sig telefax, e-post eller mobiltelefon. Numera håller Världshälsoförsamlingen på 7–10 dagar och oftast utan att generaldirektören kan medverka hela tiden!

Från början av 1990-talet ingick jag i Sveriges delegationer till WHO:s styrande organ globalt och för Europaregionen. Mitt fokus var hälsofrämjande och förebyggande insatser men senare också andra områden som antibiotikaresistens, jämställdhet och reformfrågor.

Socialstyrelsens generaldirektör har som ett av sina uppdrag att leda Sveriges delegation, när inte ansvarig minister är på plats, vilket högst är ett par dagar inledningsvis.

”Hälsa för alla”

Konkret då, vad har Socialstyrelsen medverkat till att uppnå? Ur mitt subjektiva axplock från de 25 år som jag kan överblicka träder några enskilda fram.

1986 höll WHO den första internationella konferensen om hälsofrämjande i Ottawa, Kanada. Konferensen har beskrivits som västvärldens motsvarighet till Alma Ata-konferensen om primärvård 1978 som konkretiserade vägen för arbetet med ”Hälsa för alla”. Ottawamanifestet är en synvända på hälsobegreppet och står sig fortfarande. I Sverige togs tankegångarna upp i framför allt landstingens förebyggande arbete. Socialstyrelsen tog tillsammans med landstinget Västernorrland och Sundsvalls kommun initiativ till att den tredje internationella hälsofrämjande konferensen hölls i Sundsvall år 1991 på temat ”Stödjande miljöer för hälsa”, som bl. a. grundades på nödvändigheten av hållbar utveckling. Sundsvallkonferensen och dess slutdokument omnämns fortfarande och senast vid den nionde globala hälsokonferensen i Shanghai 2016.

Resolution om antibiotika

Den avtagande effekten av antibiotikabehandling uppmärksammades tidigt i Sverige. Genom Stramas och ReActs nätverksarbete nationellt och internationellt initierade Sverige Världshälsoförsamlingens första resolution om behoven att minska användningen av antibiotika i mitten av 2000-talet. Efter ytterligare 10 år kunde WHO:s 193 medlemsländer enas om en resolution för att minska användningen av penicillin och annan antibiotika både i djuruppfödning och medicinsk användning, med Sverige som ett av de drivande länderna.

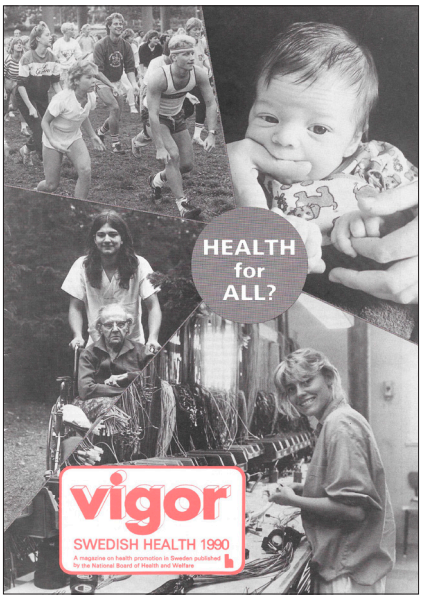
Global alkoholstrategi

Sverige ställde genom Socialstyrelsen i slutet av 1980-talet en medarbetare till WHO:s förfogande för att arbeta för en minskning av alkoholkonsumtionen. Ämnet var i högsta grad kontroversiellt och rann ut i sanden genom en ohelig allians mellan den mäktiga alkoholindustrin och dubbla lojaliteter hos höga befattningshavare inom WHO:s sekretariat. I mitten av 2000-talet bedömde vi från Sveriges sida att det var dags för ett nytt försök. Initiativet lanserades av Island som en del av det nära nordiska WHO-samarbetet. Inledningsvis mötte våra idéer om en global alkoholresolution både löjeväckande kommentarer och aggressivt motstånd, särskilt från alkoholproducerande länder i Syd-, Mellanamerika och Karibien. Frankrikes delegation däremot gav t.ex. överraskande starkt stöd, medan Europeiska Kommissionen trots en antagen alkoholstrategi var förhållandevis passiv. Efter fyra år av intensiva förhandlingar och påtryckningar kunde WHO:s dåvarande generaldirektör *Margret Chan* i sitt slutanförande konstatera att en ny milstolpe passerats med antagande av en global alkoholstrategi.

Andra heta frågor

Många fler exempel skulle kunna fylla en plats, men ryms inte här. T.ex. arbetet med mödra- och hälsovård, kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa, forskning och insatser för att utveckla och tillgängliggöra basala läkemedel, funktionshindrades hälsovillkor, hiv/aids, pandemier, ebola och andra utbrott, bekämpning av kroniska och icke smittsamma sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, diabetes, luftvägssjukdomar och skador. Alla där Sverige haft en viktig roll i både att få igång och genomföra insatser. Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa hör till de mest kontroversiella. Framstegen är små men nödvändiga – de möter ett starkt kulturellt och religiöst motstånd som blockerar beslut i den konsensusanda som gäller inom WHO.

WHO-arbetet kräver stort tålamod. Vanligtvis tar det mellan 5–10 år från lansering till beslut. Ramkonventionen om tobak tog åtta år, som är något av ett världsrekord för en internationell konvention. Nu har till exempel den internationella ramkonventionen för tobakskontroll (FCTC) ratificerats av 180 medlemsländer, bland de senaste återfinns Kina.



Svenskt presidentskap

1993 var Claes Örtendahl president under det årliga WHO-mötet i Genève. I sitt öppningstal tog han bland annat upp spridning av aids i utvecklingsländerna, ojämlikhet i hälsa i världen och brister inom sjukvården i det forna Jugoslavien.

”Bygget av den europeiska välfärdsstaten kommer även att inverka på svensk välfärdspolitik i framtiden. Det går inte i längden att försöka göra Sverige – eller Sverige och Norge – till en sorts socialpolitisk frizon som skyddar sig genom att motsätta sig alla former av övernationellt bestämmande. Kanske bevarar vi bättre en nordisk jämlikhetsinriktad socialpolitik genom att göra precis tvärtom – driva på en starkare överstatlighet.” [366]

Österuropeiskt samarbete

Österuropakommittén (ÖEK) startade sitt arbete 1992 för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sveriges grannländer i öst. Socialstyrelsens ledning under Claes Örtendahl och avdelningschef Gunnar Wennström var några av de drivande bakom organisationen. Det var en ideell organisation, och det ekonomiska stödet kom främst från Sida. Arbetet, riktat till de baltiska länderna, avslutades 2004. Därefter var Vitryssland en av de främsta mottagarna av stödet. ÖEK:s verksamhet avslutades helt 2010. [367]

Jämförelse mellan EG-länder

1991 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att jämföra fem EG-länder – Tyskland, Frankrike, Storbritannien, Holland och Danmark – med Sverige när det gäller vård och omsorg. Jämförelsen gällde vårdens och omsorgens tillgänglighet och kostnader. Utredarna, *Hans Folkesson*, *Bengt Larsson* och Stig Tegle, kom fram till att de sex länderna var påfallande lika när det gäller hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kostnaderna för hushållen för vård och behandling. Mödravård var till exempel i de flesta fall lättillgänglig och gratis. Märkbara skillnader fann de däremot när det gäller ansvaret för omsorg om barn, handikappade och äldre. Utanför Sverige har familjen ett större ansvar för omsorgen om äldre och barn, konstaterade man bland annat. (SoS-aktuellt nr 21, 1991)

Socialstyrelsen kan roa

I Herman Lindqvist bok ”Europa är vi allihopa” har vi hittat följande liknelse: ”Men äkta var det, förstås. Äkta kärvt, nordiskt, spartanskt, nyktert. Lika romantiskt som en rekommendation från Socialstyrelsen. Men så brast vi ut i gapskratt och jag tror att vi sällan haft en så rolig middag.” [368]

Gotlandsgård får internationell uppmärksamhet

Socialstyrelsen har gett ut skriften ”Gotlandshuset” skriven av barnmorskan *Berit Larsson*. 1982 sändes den i filmatiserad version i TV 2. Berättelsen handlar om en familjs liv genom fyra generationer på en gammal gotlandgård, om människor hon mött under 1940-, 50- och 60-talen och som har berättat. Det är en mörk och sann saga från den gamla onda tiden. Den handlar om tystnad och bitterhet mellan makar från mitten av 1800-talet med ett liv med rötter i medeltiden. Den handlar om kvinnors ständiga rädsla för graviditet, om en tystnad mellan makar som går bredvid varandra år efter år utan att nå varandra i samtal om en av livets viktigas frågor, om sexualitet.

Skriften översattes till flera språk och vann stort intresse, inte minst i utvecklingsländer, där den använts i utbildning om familjeplanering. [369]

Världsutställningen i Sevilla 1992

Vid ett tillfälle har Socialstyrelsen deltagit i en Världsutställning – Expo 92 i Sevilla. Tillsammans med Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket anordnade Socialstyrelsen den 15–18 september 1992 utställning och seminarier i den svenska paviljongen på temat ”Bienestar para todos” (Välfärd för alla). Socialstyrelsens seminarium hade rubriken ”Allas rätt till äldre- och handikappomsorg”. Talare var socialminister *Bengt Westerberg*, byråchef *Jan Ording*, ordförande i ILCO *Märta Carlson* och statssekreterare Carl-Anders Ifvarsson. Seminariet omgärdades dock av en viss stress eftersom oro på världens valutabörser krävde insatser från regeringen. Socialministern och hans medarbetare måste resa hem direkt efter seminariet. Den 26 augusti höjdes marginalräntan av Riksbanken från 13 till 16 procent. Den 9 september steg marginalräntan till 24 procent och den 16 september till 500 procent. Det första krispaketet kom till efter förhandlingar mellan regeringen och socialdemokraterna och presenterades den 20 september 1992.

13. Många sätt att informera och påverka

Växande utgivning

Redan under Bror Rexeds första år som generaldirektör för Medicinalstyrelsen inleddes utgivningen av nya rapportserier. Sedan tidigare fanns bland annat författningar samt råd och anvisningar. I serien Medicinalstyrelsen redovisar gavs tre rapporter ut med inriktning på bland annat vårdens struktur och innehåll inom olika områden:

1. Intensivvården
2. Njursjukvården
3. Reumatikervården.

Efter den 1 januari 1968 bytte serien naturligt nog namn till Socialstyrelsen redovisar där de tre första var

1. Institutioner för utvecklingsstörda
2. Hälsokontroll av 4-åringar
3. Öppen vård.

Detta var dock bara början på en allt mer omfattande skriftutgivning och informationsverksamhet.

Under Socialstyrelsens 50 år har tusentals publikationer getts ut. Bredden i Socialstyrelsens verksamhet har inneburit att målgrupperna varit och är många, allt ifrån regering och riksdag till personal inom vård och omsorg. Verkets eget målgruppsregister har innehållit mer än tusen olika målgrupper. Skriftutgivningen har delats in i olika serier där strävan varit att med själva seriebeteckningen försöka ge en vägledning om innehållets status och hur Socialstyrelsen vill att målgrupperna ska uppfatta skriften. Föreskrifter har varit och är bindande rättsregler medan allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas. Fram till 1996 utgjorde Allmänna råd en egen skriftserie, men sammanfördes den 1 januari 1996 med Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) [370]. Från och med den 1 juli 2015 ger sju myndigheter inom området hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa ut sina författningar i en gemensam författningssamling, HSLF-FS. Den nya författningssamlingen inkluderar även myndigheternas tidigare föreskrifter.

Fram till den 1 juli år 2000 var Socialstyrelsen relativt frikostig med gratisutsändning av nya SOSFS. I samband med att Rättsinformationsförordningen (1999:175) trädde i kraft hänvisades målgrupperna i stället till Internet.

Tabellen på nästa sida visar som exempel utgivningens omfattning budgetåren 1990/91–1995/96, fördelat på områdena hälso- och sjukvård, socialtjänst, folkhälsa och övrigt.

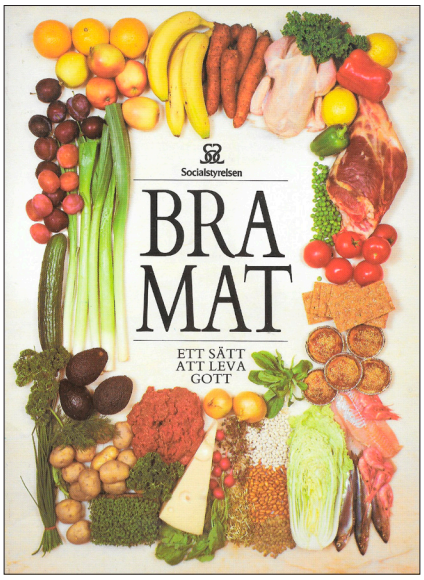
Minnesvärda Råd och anvisningar

En något udda titel i serien Råd och anvisningar var nr 22: ”Åtgärder mot råttor och möss” som gavs ut 1970. Den innehöll inte bara i text hur man borde gå tillväga för att undanröja denna sanitära olägenhet. Vi som ansvarade för publikationsverksamheten fick också anlita en fotograf som fick fotografera hur man kunde bygga upp giftgömslen med hjälp av tegelstenar.

Minnesvärd är också Råd och anvisningar om ”Samarbete mellan skola, socialvård och polis” som gavs ut gemensamt av Socialstyrelsen, Skolöverstyrelsen och Rikspolisstyrelsen. Vid tryckningen stod dock Socialstyrelsen som ensam utgivare på omslaget, vilket inte gillades av de två andra myndigheterna. Dilemmat löstes med lappar som kunde klistras på omslaget.

Socialstyrelsens skriftutgivning 1990/91–1995/96

Budgetår	Hälso- och sjukvård	Social-tjänst	Folkhälsa	Övrigt
1990/91	104	106	77	5
1991/92	91	85	18	2
1992/93	66	49	15	2
1993/94	85	87	20	4
1994/95	118	108	35	3
1995/96	165	102	181	13



Bland Socialstyrelsens utgivning hittar man också en kokbok.

Vartefter Socialstyrelsen blev varm i kläderna ökade antalet publikationer och nya publikationsserier skapades. Ibland har särskilda serier skapats för olika projekt och verksamhets- eller ämnesområden. För att både styra upp indelningen i skriftserier och vägleda mottagarna om innehållets status fastställde Socialstyrelsen 2001 en intern föreskrift om indelning i dokumenttyper. Totalt blev det 29 dokumenttyper allt ifrån Föreskrifter till Inbjudningar. Socialstyrelsen har under åren också överlåtit utgivningen av en del publikationer på externa förlag, t.ex. Vårdprogramunderlag och serien Ungdom i riskzon som gavs ut av Utbildningsproduktion AB.

I takt med utbyggnaden av Socialstyrelsens webbplats och den ökade digitaliseringen i samhället har myndighetens publikationer och annan information i första hand publicerats på www.socialstyrelsen.se. Numera kan man välja om man vill läsa en publikation i tryckt form, ladda ner och skriva ut, läsa på dator eller platta, i sin mobil eller i vissa fall lyssna på.

Språket ska vara lätt att förstå

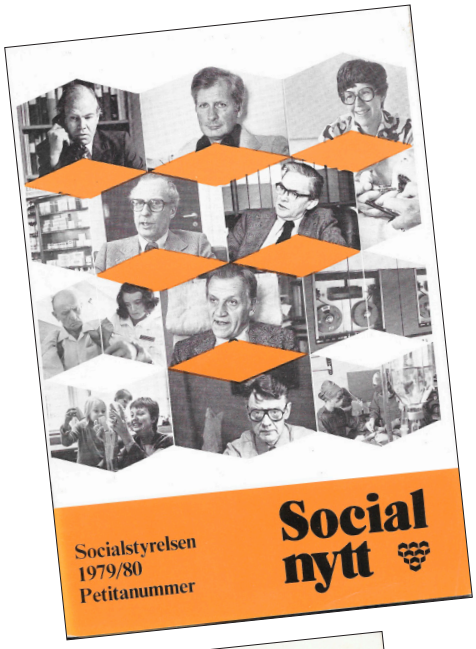
Språkvård har under åren varit en viktig del i Socialstyrelsens interna kvalitetsarbete. Genom kurser och andra aktiviteter har vikten av klarspråk uppmärksammats och stöd getts i olika former. 1998 bildades en språkvårdsgrupp som ytterligare bidrog till att stödja och utveckla språket i Socialstyrelsens skrivelser och rapporter. Mottot för gruppens arbete var ”Mottagaren förstår snabbt vad vi på Socialstyrelsen menar.” [371]

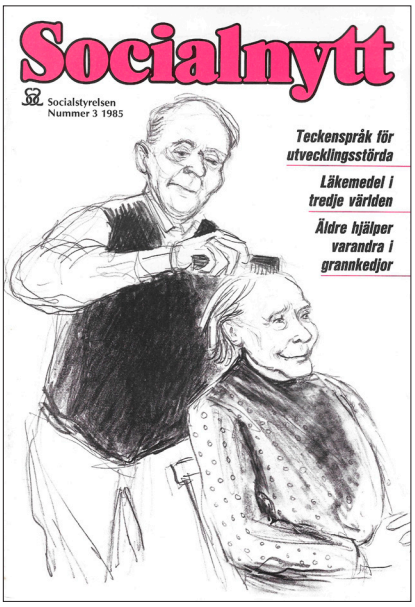
Klarspråkskristallen

I maj 2002 fick Socialstyrelsen pris för sitt språkvårdsarbete i form av Lilla klarspråkskristallen. Juryns motivering löd: ”Lilla klarspråkskristallen 2002 tilldelas Socialstyrelsen för det djupgående och brett anlagda språkvårdsarbetet 1999–2002. Framför allt förtjänar terminologiverksamheten uppmärksamhet.” Priset delades ut av bistånds- och integrationsminister *Jan O. Karlsson* och togs emot av Kerstin Wigzell, *Ulla Gerdin* och Birgitta Eriksson. På verkets webbplats kunde man bland annat läsa följande den 24 maj 2002:

”För Socialstyrelsen är språket av oerhörd vikt. Vi producerar numera ungefär en publikation om dagen året om och detta motsvarar ungefär *fyra och en halv miljon ord om året* (vid sidan om alla brev, beslut osv. som vi också nogsamt tecknar ner).

Språket måste vara lättillgängligt och enkelt att förstå. Men det måste samtidigt vara korrekt och exakt, ur vetenskaplig, fackmannamässig, medicinsk, juridisk, sociologisk, statistisk m.m. synvinkel.”





Socialstyrelsens tidningar

Den tidigare Socialstyrelsen gav ut en periodisk skrift med namnet Sociala meddelanden som med åren under redaktören *Kaj Andersson* blivit allt mer av en bok och som sådan mycket uppskattad. Den hade i sin tur en föregångare som startade redan 1903 under namnet ”Meddelanden från Kommerskollegi afdelning för arbetsstatistik”. Samtidigt som Socialstyrelsen inledde sin verksamhet 1968 började utgivningen av en ny extern tidning, *Socialnytt* med tio nummer per år. Socialnytt innehöll faktaartiklar, intervjuer, referat och notiser, men också debattartiklar som ibland rörde upp känslor.

Under ett antal år från 1968 in på 1980-talet publicerades Socialstyrelsens allmänna inriktning inom olika områden inför det kommande budgetåret i ett så kallat petitanummer. Det lämnades till regeringen samtidigt med anslagsäskanden den 1 september, vilket betydde intensivt arbete under sommaren. Ett par gånger om året gav Socialstyrelsen också ut specialbilagor till tidningen Socialnytt. Några exempel:

- Läkarutvecklingen 1968–75.
- Internationellt symposium om centralstimulerande medel. Stockholm, 1968.
- Socionomernas utbildning och arbetsmarknad, 1970.
- Program och aktiviteter. Alkohol. Narkotika. Sniffning, 1972.
- ”Rätten att få leva som alla andra”. En bilaga om hjälpmedel för handikappade, 1976.
- Från sjukhusplanering mot hälsoplanering,1979.

Socialnytt hade omkring 10 000 betalande prenumeranter och gavs ut från 1968 till 1989.

Socialstyrelsens andra externa tidning, *Vigör*, var Hälsovårdsupplysningsdelegationens (HVUD:s) och senare hälsoupplysningsbyråns tidskrift. Den hade en upplaga på cirka 35 000 exemplar och gavs ut med

fem nummer per år. Under verkets första år fanns också en tidning för ungdomsvårdsskolornas personal, *UVS-nytt*. Av och till har det funnits periodiska informationsblad om projekt eller inom olika ämnesområden, t.ex. hälsoskydd, socialt behandlingsarbete, sjukvårdens beredskap, klassifikationsfrågor.

Från tidning till nyhetsbrev

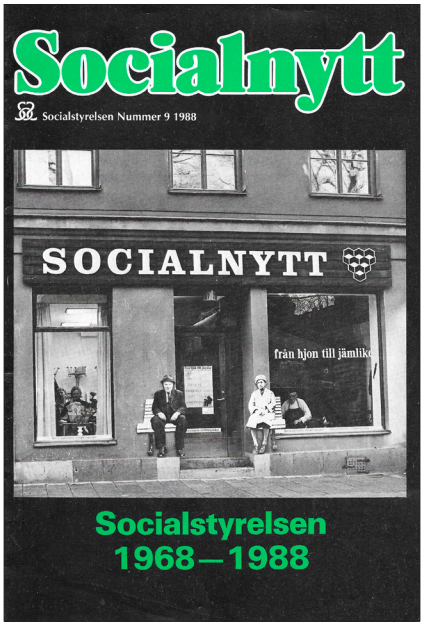
När Socialstyrelsen omorganiserades 1990 togs ett nytt initiativ i tidningsfrågan. De tidigare externa tidningarna Socialnytt och Vigör ersattes av tidningen *VÄL & VE* med utgivning var fjortonde dag. Den skulle till stor del finansieras med prenumerations- och annonsintäkter. Fjortondagarsutgivningen fick redaktionen snart ändra till en gång i månaden. Finansieringen blev också svår efter ett par år samtidigt som man från olika håll började ifrågasätta myndigheternas tidningsutgivning. Andra former av periodisk och snabb nyhetsförmedling började dyka upp i takt med den tekniska mediautvecklingen. En extern kommunikationsbyrå anlitades för en förutsättningslös utredning av VÄL & VE:s framtid. Den resulterade i förslag om att lägga ner tidningen och istället ge ut ett nyhetsbrev med tätare utgivning. Så blev det också och 1996 startade utgivningen av Socialstyrelsens nyhetsbrev, Nytt från Socialstyrelsen, som per fax eller vanlig post skickades ut till mottagarna en gång per vecka eller oftare vid akuta informationsbehov. Antalet mottagare var från början cirka 5000. Faxmottagarna behövde inte betala någon prenumerationsavgift. Utgivningen av Nytt från Socialstyrelsen fortsatte fram till 2009 då den alltmer utvecklade nyhetsförmedlingen via Socialstyrelsens webbplats tog över.

Socialstyrelsen ställer ut

Utställningar har under åren varit ett sätt för Socialstyrelsen att möta och informera sina målgrupper. Alltifrån det mindre formatet med bokbord och skärmutställningar i samband med egna eller andras konferenser till montrar på Läkarstämmor, Tandläkarstämmor, Hälso- och sjukvårdstämmor, Socialtjänststämmor, Kvalitetsregisterdagar, Kvalitetsmässor m.m.

Från 1969 och under en period i början på 1970-talet hade Socialstyrelsen en egen utställningslokal i centrala Stockholm i hörnet Tunnelgatan (numera Olof Palmes gata) – Vasagatan. Lokalen hade samma namn som verkets tidning, Socialnytt. I den första utställningen på temat ”Samhället informerar” deltog utöver Socialstyrelsen bland annat Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsgruppen för invandrarfrågor, Konstfack, Svenska institutet, Svenska Telegrambyrån AB och några landsting. Andra utställningar skildrade äldreomsorgens utveckling under rubriken ”Från hjon till jämlike”, barnets perspektiv i form av de finska konstnärerna Simo Ristas och Eeva Pakkalas skulpturer och fotografier av barn, ”Fritidsmiljö för skolbarn”, ”Våra läkemedel – samhälle och industri i samverkan” samt ”Vår katastrofberedskap – Snabb hjälp genom samverkan”.

I anslutning till utställningarna inbjöd Socialstyrelsen också till debatter. Under utställningen ”Från hjon till jämlike” hölls till exempel sju debatter där inbjudna talare inledde. Ansvarig för utställningen och debattkvällarna var *Tullia von Sydow,* som då var anställd på Socialstyrelsens



Socialstyrelsen hade en egen utställningslokal i centrala Stockholm i hörnet Tunnelgatan (numera Olof Palmes gata) – Vasagatan.

Bror Rexed:
Samhället ska sälja sin service till alla

”Fortfarande finns exempel på hur socialbyråer och nykterhetsbyråer gömts undan på bakgator, placerats i hus, där mottagningsrummen är trista, grå, ogästvänliga. Alltjämt kan man se hur höga trösklar utgör svåra hinder för de handikappade att besöka rådgivningsbyråer. Så skall det inte vara längre. Sätt neonskyltar på varenda en av samhällets serviceinrättningar, försäkringskassor, fritidsgårdar, ålderdomshem, socialbyråer etc. sade Bror Rexed när han öppnade en permanent utställningslokal för hälso-, sjuk- och åldringsvården intill Norra Bantorget i Stockholm. Varför låter myndigheterna tidningarna ha monopol på frågespalterna. Experterna finns ju hos de sociala förvaltningarna. Ordna ’social brevlåda’, där man kan svara på allt.” (Svenska Dagbladet 13 juni 1969)

informationsbyrå. Talarnas teman kan kanske vara aktuella även idag:

- *Sven Thiberg:* Pensionärer i samhällsmiljön.
- *Robert Olin*: pensionärerna – ensamheten – isoleringen.
- *Arne Magnusson*: Åldringsvården, demokratins prövosten.
- *Jan Helander*: Ständig semester – välfärd eller fattigdomsbevis.
- *Bengt Andersson*: Ålderdomshem eller bostadshotell.
- *Mats Pers*: Hemsjukvård contra sjukhemsvård, ett realistiskt alternativ.
- Avslutande debatt under ledning av Bror Rexed.

Under några år på 1980-talet var Socialstyrelsen ”delägare” i en Informations- och utställningslokal på Drottninggatan 6 i Stockholm, Inforum, tillsammans med bland annat Planverket, Bostadsstyrelsen och Konsumentverket. Utställningarna där hade ofta boende och miljöfrågor som tema. Under 1987 var till exempel Mögel, asbest och radon samt Boende för äldre och handikappade utställningsteman. Inforum hade också en bokhandelsdel med försäljning av deltagande myndigheters böcker.

Uppmärksammad ”konstutställning”

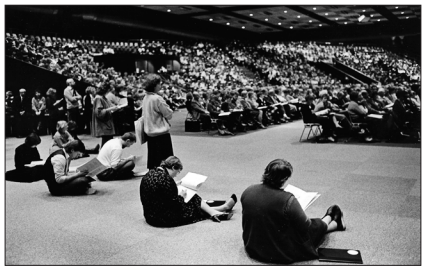
”Av hälsoskäl” hette en omskriven utställning som Socialstyrelsen och Hälsovårdsupplysningsdelegationen (HVUD) visade på Liljevalchs konsthall i Stockholm våren 1973. Tolv konstnärer – utvalda av Konstnärscentrum – hade bjudits in att illustrera begreppet hälsa. En av deltagarna gjorde skulpturer som föreställde poliser med grishuvuden för att gestalta sin syn på hotet mot hälsan: hälsa var frihet, polisen hotade friheten. Här sa Bror Rexed dock stopp och beordrade skulpturerna till Liljevalchs källare. 6000 personer såg själva utställningen och hade möjlighet att rita, måla och skriva egna bidrag på ett stort klotterplank.

Människan och bostaden

1985 deltog Socialstyrelsen med konferenser och monter i Svenska Bostadsmässan, Bo 85 i Upplands Väsby utanför Stockholm. Temat för Socialstyrelsens medverkan var ”Människan – Bostaden”. Konferenserna dokumenterades i fyra rapporter:

- Bostadsområdet som uppväxtmiljö (PM nr 125/86)
- I första hand en egen bostad (PM nr 126/86)
- Boendet och hälsan (PM nr 127/86)
- Säkerheten i bostad och närmiljö (PM nr 128/86).

Första socialtjänststämman



Första Socialtjänststämman blev minst sagt välbesökt.
Foto: Denny Lorentzen

Men socialtjänsten saknade länge en egen stämma. Det var därför inte så konstigt att den första Socialtjänststämman den 24–25 november 1986 blev mer än välbesökt. Den hölls på Stockholmsmässan i Älvsjö och arrangörernas kalkyl på högst 1200 deltagare överskreds med råge – närmare 2000 deltagare kom. Under bland annat biträdande socialminister Bengt Lindqvists inledningstal räckte inte stolarna till, men det fanns ju golv att sitta på. Bland de närmare 50 utställarna fanns många kommuner, men också Socialstyrelsen och medarrangörerna Svenska Kommunförbundet, Föreningen Sveriges Socialchefer och Sveriges Socialförbund. I Socialstyrelsens monter demonstrerades bland annat

SocBas-projektet, en databas med information om bland annat barnomsorgsforskning. En färsk skrift om Socialtjänsten och massmedia, producerad av tre anställda på Socialstyrelsens informationsbyrå, *Gunilla Stige*, *Kjell Åkerlund* och *Bert Anderbring*, presenterades också i montern.

Läs också om Socialstyrelsens deltagande i Världsutställningen i Sevilla 1992 i kapitel 12, s. 185.

Upplysningstjänsten

En viktig del i Socialstyrelsens ansikte utåt är förstås också den information alllmänhet, profession, beslutsfattare och andra får när man ringer eller skriver till Socialstyrelsen och vill ha svar på såväl enkla som mer komplicerade frågor, framföra synpunkter eller få hjälp att hitta rätt information. En upplysningstjänst inrättades tidigt på Socialstyrelsens informationsbyrå. Den var länge bemannad med en person*, Bertil Wadenlöw,* som i stort sett fick ta emot telefonsamtal hela dagarna. Det gällde oftast att lotsa personer rätt inom Socialstyrelsen eller till andra myndigheter. Han ersattes av *Ann-Marie Ericsson* och senare av *Gunhild Kokko.* Frågorna var många och ibland var den som ringde inte särskilt vänlig och glad. Frågornas art och bredd har under åren varit lika stor som Socialstyrelsens uppdrag och lite till.

Upplysningstjänsten är idag bemannad med flera personer och uppdraget är dels att svara på frågor om gällande regelverk inom vård och omsorg, dels att svara på frågor om hur man ansöker om behörighet och legitimation. Under 2017 besvarade upplysningstjänsten 19 679 frågor via telefon och e-post. Cirka 75 procent av frågeställarna fick svar inom tre arbetsdagar. Frågorna var av olika karaktär och hade varierande komplexitet. Cirka 41 procent rörde ansökan om behörighet, 24 procent socialrätt, 20 procent hälso- och sjukvårdsjuridik och 15 procent övriga frågor. Support gällande frågor om e-tjänster startade i juni 2017 och antalet ärenden uppgick till 537 stycken. [372]

Socialstyrelsens telefonkort blev eftertraktat av samlare. Motivet återspeglar också informationschefens samlarintresse.

Socialstyrelsen och media

Socialstyrelsens ansvars- och arbetsområden har under alla år varit intressanta att bevaka för såväl dagspress och fackpress som etermedia. Det började redan vid sammanslagningen av Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen i och med att Bror Rexed la bort titlarna med all personal. Oftast var det neutrala eller positiva beskrivningar utifrån Socialstyrelsens egen nyhetsförmedling.

Vi-artikeln 1977

Mer ”jobbigt” för verkets personal blev det efter den artikel som journalisterna *Stig Edling* och *Hans Nestius* skrev i tidningen Vi, 1977. Frågan ”Socialstyrelsen behövs den?” och en bild på Bror Rexed mötte läsarna på omslaget. På 20 sidor fick Socialstyrelsen svidande kritik. ”Socialstyrelsen famlar idag efter meningsfulla uppgifter för sina tusen anställda. Massor av tid går åt till prestige- och maktstrider tjänstemän och byråer emellan” stod det i den inledande ingressen. Personalen på Socialstyrelsen möttes av rubrikerna redan på morgonen. Stig Edling och Hans Nestius stod utanför Socialstyrelsens entré och delade ut tidningen.

Bilden av Socialstyrelsen

Under en chefskurs i februari 1983 diskuterades bland annat Socialstyrelsens trovärdighet. Några av deltagarna fick i uppdrag att ge exempel på vanliga åsikter om Socialstyrelsen. Utöver citat från skämtteckningar innehöll listan följande citat: ”Socialstyrelsen är bara en samling byråkrater.”, ”Socialstyrelsen, det är väl där man får socialbidrag.” ,”Dom kollar väl att det går rätt till i sjukvården eller så.” (15-årig flicka), ”Socialstyrelsen vill man ju helst inte ha att göra med.” (företagssköterska).
(Socialstyrelsens personaltidning nr 1,1983)

Lena Olin = Socialstyrelsen

”Lena Olin är som en eldig italienska i blicken. En rapp ryska i käften. Men hela hon är lika svensk som Socialstyrelsen, hårt bröd, färskpotatis och midsommarstången.”
(Ur artikel i Magazine Transwede nr 7, 1990)

Socialstyrelsen fick symbolisera byråkrati i allmänhet, vilket bland annat framgår av journalisternas avslutande kommentar: ”Kritiken riktas mot sådant som är vanligt, som ofta upprepas, som är symtomatiskt för systemet. Alltså exempel och bilder som vi tror är typiska för eller direkt stimuleras av själva den byråkratiska strukturen på verket. Om vi lyckats så har vi inte bara berättat något om hur verkligheten ser ut på SoS. Ni som har erfarenheter från andra statliga eller kommunala förvaltningar, från stora privatägda eller folkrörelseägda företag bör också kunna känna igen er.” (Tidningen Vi nr 40, 1977)

Statstjänstemannen om tillplattat verk

Även fackförbundstidningen Statstjänstemannen publicerade en kritisk artikel i nr 4, 1990 med rubriken ”Tillplattat på Socialstyrelsen”. I ingressen skriver tidningen ”– Vad då tillplattad organisation? Det är vi som är tillplattade. Den kommentaren från en harmsen ST-are sammanfattar ganska väl stämningen på Socialstyrelsen. Där pågår återigen en omorganisation. Ännu är mycket ovisshet. Ryktet säger att 100 av 500 anställda ska bort. Men ingen vet. Förrän i maj. Bara att enhetscheferna blivit färre, att det i framtiden blir mindre detaljregleringar och mer av projektarbete och tillfälliga experter.” Artikeln kom i anslutning till att Socialstyrelsens nya organisation skulle träda i kraft 1990. (Statstjänstemannen nr 4, 1990)

Massmedias fortlöpande bevakning

Socialstyrelsens breda verksamhet inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, äldreomsorg, barnomsorg, smittskydd, hälsofrågor och senare tillsyn har under åren varit av stort intresse för såväl dagspress som fackpress. Sammanställningar som Socialstyrelsens presstjänst gjort vid några tillfällen kan illustrera detta.

Våren 1987 abonnerade Socialstyrelsen på en total pressklippsbevakning under 14 veckor (april – juni) på sökordet ”Socialstyrelsen” i anslutning till interna diskussioner om verkets image. Socialstyrelsen förekom i totalt 2 853 klipp fördelade på landsortspress 66 procent, storstadspress 20 procent och fackpress nära 10 procent samt TT nära 4 procent. Nästan 80 procent av klippen bedömdes som neutral nyhetsrapportering. De negativa och positiva klippen var ungefär lika många. Man såg inte heller några påtagliga skillnader mellan t.ex. storstadspress och landsortspress. Socialstyrelsens presstjänst kunde också konstatera att skriverierna inte är så negativa som man kan ha en ”känsla av”. [373]

En mätning, som Socialstyrelsens presstjänst gjorde av hur verket förekommit i massmedia under nio veckor i april och maj 1999 visade bland annat följande:

- Socialstyrelsen syntes och hördes allt mer i medierna.
- Tillsynen hade ökat sin andel av uppmärksamhet.
- Socialstyrelsen hade behandlats på ett positivt sätt i artiklar och i inslag om t.ex. patientsäkerhet, vårdkvalitet, äldrefrågor och socialbidrag.
- Socialstyrelsen blev påfallande ofta kritiserad i frågor som rör t.ex. snus, amalgam, rådjur.

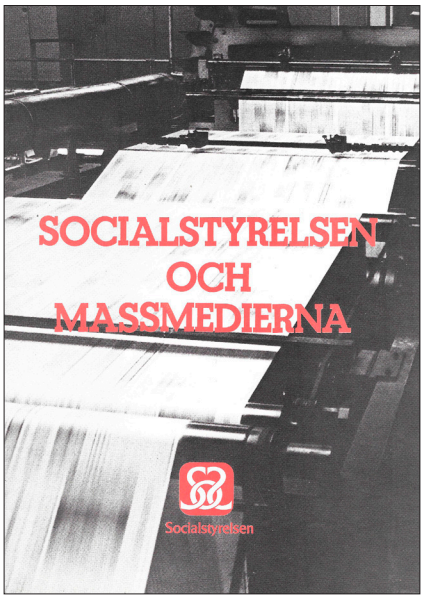
- Mer än var åttonde anställd blev antingen intervjuad eller citerad under mätperioden.

Under den två månader långa mätperioden nämndes Socialstyrelsen i snitt omkring 50 gånger per dag. [374]

Även år 2000 (nio veckor under augusti – oktober) gjorde Socialstyrelsens presstjänst en fördjupad studie över i vilken omfattning och hur Socialstyrelsen synts i medierna. Mer än 65 artiklar eller inslag per dag noterades och drygt 15 intervjuer med någon från Socialstyrelsen varje vecka. Ansvarig för studien var pressekreteraren *Peter Andréasson*. Hans avslutande kommentar lyder: ”Det har åter varit en ganska tung medial period för Socialstyrelsen. Vi har fått kämpa hårt för att nå ut med vår version i vissa omdebatterade frågor, som Medanalys, abortregistren och läkemedelsföreskriften. Vi kan också konstatera att vi har svårt att nå ut med vissa frågor. Det gäller till exempel på den sociala sidan. Samtidigt får vi inte låta detta överskugga ett annat viktigt faktum: i det allra mesta som skrivs om Socialstyrelsen finns faktiskt ett positivt perspektiv gentemot oss, vår kompetens och vår verksamhet. Ofta ’används’ Socialstyrelsens medarbetare som experter i artiklar och inslag. Och väldigt ofta anges vi som källa för de uppgifter som förmedlas via medierna. För de allra flesta journalister framstår Socialstyrelsen som en öppen kunskaps-, tillsyns- och expertmyndighet, dit man kan vända sig för att få en kommentar eller hämta relevanta fakta.” [375]

En senare uppföljning visar vilket genomslag verkets egna medieinitiativ hade under 2016 [376]. Totalt skickade Socialstyrelsen ut 24 pressmeddelanden och de ledde i genomsnitt till 34 artiklar/nyhetsinslag vardera. Året innan var snittet 47 artiklar per pressmeddelande. Följande pressmeddelanden gav upphov till flest artiklar i medierna:

- Magnetkamera kan öka säkerhet om barns ålder.
- Stora brister i vården i livets slutskede.
- Depression kan botas med magnetströmmar.
- Många äldre upplever ensamhet och oro.
- Nytt arbetssätt har kortat köerna i cancervården.
- Fler dör av fallolyckor.



En viktig del i presstjänstens arbete är stöd och utbildning för personalen.

Tillsynsfrågor har högt nyhetsvärde

I och med etableringen av de regionala tillsynsenheterna ökade lokalpressens bevakning av Socialstyrelsens ärenden och beslut. Media är på så sätt till stor hjälp för att sprida information om Socialstyrelsens verksamheter. Även om rapporteringen är kritisk sätter media ändå verket på kartan och en del synpunkter som kommer fram kan vara av värde att ta till sig.

Jämförande data mellan landets sjukhus och kliniker i de nationella kvalitetsregistren har ett stort nyhetsvärde. Hur står sig mitt sjukhus, den klinik jag besöker i jämförelse med andra? Men någon djupare analys görs sällan då registerdata presenteras i media. Att universitetssjukhuset har sämre resultat än det lilla länssjukhuset kan bero på olika ”case mix”, fler mer komplicerade, svårare fall kan exempelvis behandlats där. Oftast är det en allmänreporter som skriver och rapporterar denna typ av information. Medicinreportrarna är få i landet.

Lex Maria- och lex Sarah-ärenden har många gånger publikt intresse. Ett problem med dessa ärenden är att rapporteringen i media kommer innan de är färdigutredda eller har avgjorts i HSAN. Ärendet kan dessutom ha överklagats och är av den anledningen inte slutgiltigt avgjort.

Ett problem för vården är att media framför allt rapporterar om felbehandlingar, usel omvårdnad, dåligt bemötande. Sjukvården kan generellt uppfattas som undermålig. Det är ju en mycket ensidig bild. De flesta patienterna är nöjda med den vård de fått. Det framgår av de mätningar av vårdresultat som görs av bland annat Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting

Vita rockar och svarta papper

Genom att låtsas vara patient träffade journalister på TV1 under 1991 flera privatpraktiserande läkare och bad om recept på vanebildande läkemedel eller läkarintyg efter att ha simulerat olika symtom. På så sätt fångades några av de läkare i Stockholm som mer eller mindre satt i system att tjäna pengar på patienter som fastnat i missbruk. Programmet fick stort genomslag. För insatsen tilldelades programchefen *Göran Elwin* samt journalisterna *Thomas Dillén* och *Sven-Eric Ericsson* grävande journalisternas pris Guldspaden för reportaget 1991.

Socialstyrelsen granskade de aktuella läkarna och förde fem av dem till HSAN med begäran om att deras legitimationer skulle dras in; tre fick varningar. Socialstyrelsen överklagade och två av de tre fråntogs legitimationen. Ytterligare två läkares legitimation återtogs på grund av att de utfärdat falska intyg.

14. Socialstyrelsen och IT-utvecklingen

Socialstyrelsens IT-utveckling speglar till stor del den IT-utveckling som skett i samhället under de senaste 50 åren. Allt från att det behövdes särskilda rum för den utrustning som skulle bearbeta och lagra statistiska och andra data till dagens mikrochips, webbsidor, mobila datanät, sociala media, robotar osv. Några händelser och exempel får illustrera hur Socialstyrelsen följt med i utvecklingen.

I slutet på 1960- och början av 1970-talet var skrivmaskinen det gängse hjälpmedlet när rapporter, meddelanden och brev skulle skrivas. De som arbetade med siffror hade också räknemaskiner. För statistiska och andra data som skulle bearbetas och lagras användes hålkort, stansning och skivminnen. Behövde man fler exemplar av t.ex. en promemoria kunde man skriva på särskilt stencilpapper, där färgbandet kopplats bort, och sedan lämna det till *Eivor Svedberg* eller någon annan som kunde hantera stencilapparaten.

Under 1970-talet introducerades Wang, som var en skrivmaskin med bildskärm och viss ”minnesförmåga”. Det var framför allt assistenter som utbildades i att hantera denna föregångare till datorerna. Under 1960- och 70-talen betraktades ADB främst som ett sätt att rationalisera. Under 1980-talet började däremot datorstöd alltmer användas som hjälpmedel i den egentliga verksamheten – för informationsåtervinning, texthantering, beslutsfattande osv. Budgetåret 1983/84 var Socialstyrelsens anslag för inköp av ADB-utrustning 400 000 kr. (SoS-aktuellt nr 4, 1984)

ADB-satsningarna tog fart

I mitten av 1980-talet tog Socialstyrelsens ADB-utveckling fart på allvar. Tillsammans med Statskontoret inventerade en projektgrupp idéer och behov som sedan användes som underlag i den ADB-strategi och det handlingsprogram som fastställdes i juni 1985. Totalt fick man in cirka 150 idéer om ADB-stöd till olika verksamheter från medarbetare. [378]

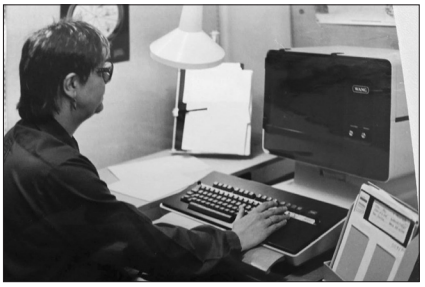
Mål och utgångspunkter för ADB-strategin var bland annat:

- ADB-stödet ska på sikt avsevärt förbättra verkets möjligheter att utöva tillsyn och planering på en godtagbar nivå. I vissa fall kan det innebära att ambitionsnivån höjs.
- ADB-stödet ska leda till minskat anslagsbehov och/eller lägre samhällsekonomiska kostnader.
- Personalen måste få information och utbildning i ADB.
- Personalens behov av en god arbetsmiljö ska alltid beaktas vid införandet av ADB-stöd.

Efter omorganisationen 1990 satsade Socialstyrelsen brett på datorstödet.

Datamaskin räknar ut lönen!

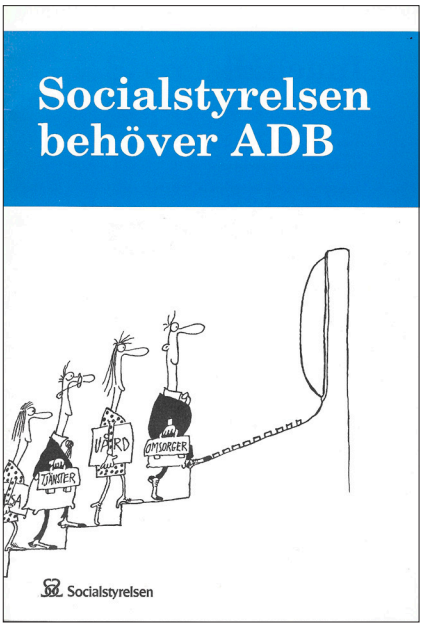
”En stor del av statsförvaltningen kommer inom några år att övergå till centraliserad datamässig löneuträkning. Ett radikalt förändrat löneuträkningssystem provkörs nu hos statskontoret, förklarade byråchef Foghelin, då Social- och Medicinalstyrelsernas företagsnämnder sammanträdde i höstas.”
(Socialstyrelsens personaltidning nr 1, januari 1968)



En föregångare till datorerna var Wang.

Databas för publikationsverksamheten

Under många år hade Socialstyrelsen en egen distributionscentral för lagring, beställningar och utskick av publikationer. När ADB-införandet tog fart på verket utvecklade medarbetare på informationsbyrån ett eget Publikations-, Lager- och Utskicksystem, PLUS. Det visade sig vara till god hjälp för att ha kontroll över lager, gratisutskick, beställningar, fakturering m.m. fram till att lagerhållning, distribution och försäljning lades ut på externa distributörer. [377]



Socialstyrelsens IT-strategi och handlingsprogram från 1985.

Samtliga anställda skulle ha kunskaper i ord- och textbehandling, elektronisk post och övriga system som kan användas av alla. Skrivmaskinerna byttes ut mot datorer. På varje enhet fanns nu en ADB-samordnare.

Begreppet desktop introducerades och tryckoriginal började i ökad utsträckning produceras på fackenheterna. Det ökade också behovet av laserskrivare. I 1990 års IT-strategi var ett av målen att man de närmaste åren skulle bevaka multimedia-utvecklingen för att utvärdera i vilken utsträckning Socialstyrelsen kan använda sig av multimedia. [379]

En ny IT-strategi och handlingsplan fastställdes 1995 och den 20 februari 1996 inbjöds all personal till en särskild IT-dag [380]. *Mats Brunell* från Stiftelsen för Kunskaps- och Kompetensutveckling höll ett föredrag om ”Framtiden börjar idag”. På eftermiddagen kunde man delta i olika seminarier och demonstrationer, t.ex. av programmet Hur mår Sverige?, MARS (Medicinsk faktadatabas) på CD, RiskDataBasen och Socialstyrelsens kommande hemsida. Personalen fick också ställa frågor som besvarades av ansvariga för administration, ADB-service och kommunikation. Här är några exempel (kanske är de fortfarande relevanta):

- *Fråga*: När minskar pappersanvändningen?
  Svar: Det sker successivt. Cc:mail och elektronisk post är ett exempel på minskad pappersanvändning.
- *Fråga*: Gör IT-utvecklingen det möjligt för personalen att arbeta på distans – vid sin egen PC hemma?
  Svar: Tanken om lokalminskning är intressant och vi har börjat titta på möjligheterna. Det finns dock ett antal problem med distansarbetet t.ex. vad ska räknas som arbetsplats, hur tillgodoser man arbetsmiljölagens krav respektive ADB-säkerheten, hur gäller försäkringarna, hur mycket utrustning ska verket hålla med?

Socialstyrelsens webbplats öppnas

Så här såg Socialstyrelsens startsida ut 1996.

Den 31 maj 1996 (bara några månader efter IT-dagen) öppnades Socialstyrelsens webbplats för omvärlden. Adressen var först www.sos.se men ändrades senare till www.socialstyrelsen.se. (När Socialstyrelsens ADB-ansvariga ville skydda liknande domännamn visade det sig att domänen socialstyrelsen.com var upptagen, liksom flera andra.) Socialstyrelsen var en av de första myndigheterna med egen webbplats. Mycket tack vare den kunskap som fanns på verkets bibliotek, Epidemiologiskt centrum (EpC) och redaktionen för MARS. I första etappen innehöll webbplatsen bland annat

- Pressmeddelanden och nyhetsbrevet ”Nytt från Socialstyrelsen”.
- Kommande SoS-konferenser.
- Information om Socialstyrelsen.
- Dokument från EpC och MARS.
- Utannonserade tjänster.
- Socialstyrelsens publikationskatalog.
- Broschyrer om lagar, råd och rättigheter.

En viktig princip var att när en viss typ av information, en publikationsserie m.m. började läggas ut skulle publiceringen vara fullständig och

uppdaterad. En intern föreskrift fastställdes, med bl.a. grundläggande kvalitetskrav för den information som skulle läggas ut samt ansvars- och arbetsfördelning. [381]

Samtidigt med starten av webbplatsen var det premiär för Socialstyrelsens nyhetsbrev ”Nytt från Socialstyrelsen”. Till nyhetsbrevet kopplades en hämtfaxtjänst, dvs. man kunde via en knapptelefon ringa hämtfaxtjänsten och beställa information mot en mindre avgift. Att på det sättet erbjuda en snabb och ekonomisk nyhetsförmedling från en statlig myndighet var Socialstyrelsen tämligen ensam om.

Introduktionen av dataprogram och webbplats uppmärksammades på olika sätt bl.a. på en musmatta och ett bokmärke/linjal.

Utvecklingen de första åren

I en recension i tidningen Internetworld nr 2, 1997 fick Socialstyrelsens webbplats följande omdöme: ”Synnerligen enkelt upplagd sida. Inga krusiduller, men bra information för allmänhet, press och berörda yrkesgrupper. Föreskrifter och råd finns med, nyheter läggs upp snabbt och det finns ett vettigt index över informationen. Text och åter text, men bra navigeringsverktyg.”

Begreppet ”Öppet dygnet runt” myntades och spreds på trycksaker och andra produkter, t.ex. på verkets plastkasse och ett bokmärke med linjal.

I maj 1998 moderniserades utseendet på webbplatsen. Samtidigt sjösattes en sökfunktion. Ingången blev mer ämnesindelad med två nya ”knappar”, Hälsa & Sjukvård och Socialtjänst. När verket sommaren 1999 bytte grafisk profil och färger – i samband med flytten från Östermalm till Västerbroplan – fick också webbplatsen nytt utseende. Samtidigt med flytten lades den tryckta personaltidningen ner och ersattes helt med information via intranätet kompletterat med e-postmeddelanden från generaldirektören (Kerstin Wigzell).

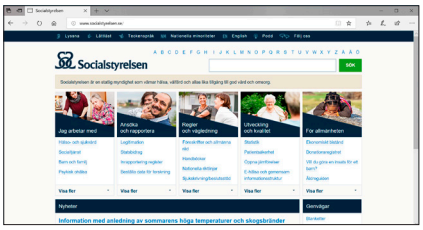
Inför millenieskiftet 1999/2000 och före en större förändring av innehållet på webbplatsen gjordes en undersökning bland personer som besökte Socialstyrelsens webbplats under april–juni 1999. Totalt besvarade 954 personer enkätfrågorna. 22 procent svarade att de arbetade inom ett landsting och 20 procent inom kommunal förvaltning. Många uppgav att de var regelbundna besökare. Ett av målen i det så kallade www2000-projektet var att huvuddelen av Socialstyrelsens externa information skulle kunna laddas ner i fulltext eller sammanfattning och vara beställningsbar via webbplatsen. I september 1999 innehöll webbplatsen totalt cirka 7 500 dokument.

Försöksverksamhet med print-on-demand inleddes redan hösten 1997 i samarbete med Socialstyrelsens distributör.

I anslutning till www2000-projektet etablerades också en webbpanel bestående av personer från bl.a. kommuner och landsting, forskning, utbildning, bibliotek, organisationer och massmedia. De fick besvara ett antal frågor om bl.a. vilka ämnesområden och typer av dokument de ville se som sökingångar.

Några utdrag ur olika statistiska källor får illustrera utvecklingen av antalet dokument, besökare och nedladdningar från Socialstyrelsens webbplats de första åren:

- En dag, den 16 juni 1997, registrerades 3 132 besökare (WebTrends).



- Under en månad, mars 1999, hade webbplatsen 70 635 externa besökare (WebTrends) – bara Riksskatteverket och CSN hade fler besökare den månaden.
- I oktober 2001 hade webbplatsen i genomsnitt 5 000 besökare per dag.
- I januari 2002 fanns 10 000 html-dokument, 800 pdf-filer, flera dataprogram, några sökbara databaser och en statistikapplikation på webbplatsen.

Sedan dess har mycket hänt med såväl innehåll, utseende och funktioner. Idag kan man via webbplatsen bland mycket annat lyssna på medarbetare på Socialstyrelsen och andra experter via podd-inslag, ladda ner filmer och få utbildning. Så nog kan man säga att Socialstyrelsen i det avseendet är i takt med tiden.

Utveckling av andra webbplatser

Socialstyrelsen har under de senaste 20 åren också initierat och medverkat i utvecklingen av webbtjänster/databaser för speciella områden och målgrupper, t.ex.:

- Kunskapsguiden. www.kunskapsguiden.se
- Nationell samverkan för kvinnofrid, http://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/myndigheter/
- Ovanliga diagnoser. www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser
- Patientsäkerhet. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se
- Vem får göra vad. https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se
  En webbplats som tydliggör reglerna för dem som arbetar i hälso- och sjukvården och tandvården.
- Äldreguiden. www.socialstyrelsen.se/aldreguiden

Kunskapsguiden

Kunskapsguiden utvecklades utifrån två regeringsuppdrag med syftet att samla och tillgängliggöra kunskap inom områdena äldre och psykisk ohälsa för professionen inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. En förfrågan om att stå som avsändare för denna portaltjänst gick ut till flertalet aktörer; myndigheter, universitet och högskolor, Sveriges Kommuner och Landsting m.fl. och resulterade i att sex aktörer (Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) valde att ställa sig bakom. I samband med detta bildades också ett redaktionsråd med representanter från de övriga aktörerna. Ett uthålligt arbete har bedrivits för att fylla på med nytt innehåll, fortsatt hålla kontakterna och dialogen levande med samtliga aktörer, sakkunniga internt och målgruppen. Innehållet vänder sig till en bred målgrupp och med tiden har det också blivit tydligt att den primärt används av professionen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård i kommunal regi.

Kunskapsguiden har sedan starten den 31 maj 2011 vuxit kontinuerligt när det gäller såväl innehåll som antal besökare och har blivit alltmer känd och använd. Den innehåller idag (augusti 2018) sex sakområden med stor relevans för socialtjänsten. Ekonomiskt bistånd är det senaste

området som publicerades i mars 2018. Kunskapsguiden har idag ca 80 000 besökare i snitt per månad.

Webbutbildningar

Den 1 oktober 2013 publicerade Socialstyrelsen den första webbutbildningen som kunde nås via webbplatsen. Den handlade om Läkemedelsgenomgångar [382]. I oktober 2018 hade Socialstyrelsen 27 webbutbildningar och Kunskapsguiden länkade även till webbutbildningar framtagna av andra nationella aktörer såsom Svenskt demenscentrum, Sveriges Kommuner och Landsting m.fl.

De utbildningar som har blivit mest besökta och använda är Äldres nationella värdegrund som i juni 2018 hade haft mer än 20 000 deltagare. Utbildningen om förskrivning av hjälpmedel har flera verksamheter angett som en ”obligatorisk” utbildning.

Utbildningar om HBTQ har blivit mycket uppmärksammad och använd. Och den webbutbildning om fallolyckor ”Ett fall för teamet” som lanserades i december 2017 har också fått mycket uppskattning och många deltagare.

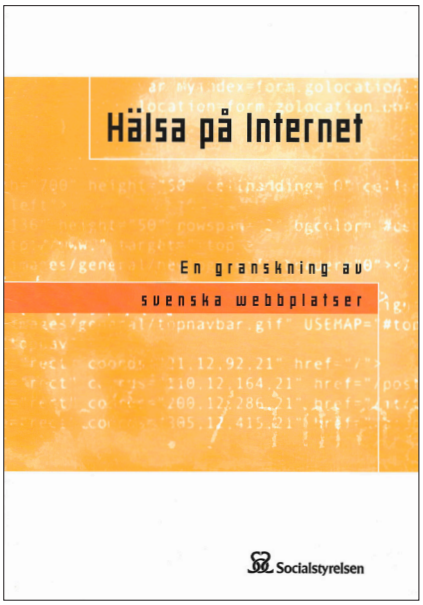
Välfärdsteknik

Idag bidrar Socialstyrelsen också till att säkerställa att välfärdsteknik införs och används utifrån de kriterier som ingår i God vård och omsorg; kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Det vill säga att digitala tjänster riktas till äldre personer och personer med funktionsnedsättningar som behöver stöd för att känna sig trygga och delaktiga i samhället. I detta ingår att ta fram utbildningar, rapporter och meddelandeblad för att stödja socialtjänsten att använda välfärdsteknik på ett bra sätt. [383]

Granskning av webbplatser

Webbplatser med hälsoinformation

I slutet av 1990-talet och början av 2000-talet började allt fler webbplatser med hälsorelaterad information och rådgivning bli tillgängliga för allmänheten. Frågor om patientsäkerhet och behov av tillsyn aktualiserades och en arbetsgrupp under tillsynsavdelningens chef, *Lennart Rinder*, bildades. Arbetsgruppen samlade in kunskap i ämnet, arrangerade en hearing, granskade näthälsoplatser, deltog i konferenser och tog del av verksamhet och erfarenheter i bl.a. USA och England. Man granskade också 39 svenska näthälsoplatser riktade till allmänheten med syfte att få en uppfattning om innehållet och bedöma behovet av tillsynsinsatser. Det allmänna intrycket var att de flesta platserna var av karaktären ”läkarbok på Internet”. [384]



Under november 2001 – januari 2002 granskade Socialstyrelsen 35 svenska webbplatser med hälsorelaterad information mer metodiskt. Syftet var i första hand att undersöka i vilken mån webbplatserna uppfyllde de riktlinjer för kvalitetsmärkning (kvalitetskriterier) som EU-kommissionen föreslagit samt se om det fanns behov av tillsyn från Socialstyrelsen. En representant från Socialstyrelsen deltog i det slutmöte i Bryssel som resulterade i EU:s kvalitetskriterier för hälsorelaterade

Övertro på e-hälsa?

Det finns medlemmar inom läkarkåren som anser att det finns en övertro på e-hälsans möjligheter att lösa de stora utmaningar sjukvården står inför de närmaste decennierna. Ett exempel kan läsas i Svenska Dagbladet i augusti 2017.
(M. Johansson, A. Pahle och H. Vogt, Svenska Dagbladet, 31 augusti 2017)

Nordens generaldirektörer dryftade datafrågor

Vad ska vi med data och register till, kan vi lita på dataskyddet, är uppgifterna tillförlitliga var några av frågorna när generaldirektörerna för Socialstyrelsens nordiska motsvarigheter på det medicinska området nyligen möttes i Stockholm.

Claes Örtendahl sammanfattade inledningsvis läget i Norden med att konstatera att svenskar och danskar i stort accepterar de stora centrala registren medan norrmännen fortfarande är tveksamma. Finland har under 1990-talet satsat på att förbättra sin statistik- och registerverksamhet.
(SoS-aktuellt nr 21, 1996)

webbplatser. Granskningen publicerades i en rapport och följdes upp med en konferens dit representanter från de granskade webbplatserna inbjöds. Syftet var att uppmärksamma webbansvariga och andra på vikten av öppen och tydlig information om avsändare, finansiering, syfte, målgrupp, aktualitet, urvals- och länkpolicy, källor, integritet, säkerhet och sekretess. Ingen av de granskade webbplatserna uppfyllde alla EU-kommissionens föreslagna kvalitetskriterier. Hur det ser ut idag är en fråga som man kanske borde studera närmare. [385]

Rapporten översattes också till engelska inför den presentation av resultaten som projektledaren gjorde på en internationell konferens i Tromsö 2003, Tromsö Telemedicine Conference.

Idag handlar det inte enbart om webbplatser med information om hälsa och sjukdomar. Möjligheterna att få råd via Internet har utvecklats till virtuella vårdkontakter. Där man kan få såväl diagnos som behandling. En utveckling som ännu mer kommer att bli en fråga för Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg.

En första kartläggning

I juli 2018 lämnade Socialstyrelsen en delrapport till regeringen från en kartläggning av omfattningen och inriktningen på de digitala vårdtjänster som riktas till patienter. Rapporten innehåller även förslag på hur kvaliteten på den vård som ges kan följas upp. Uppdraget ska slutredovisas i oktober 2018. Kartläggningen visar att fem landsting hade egna etablerade digitala vårdtjänster som erbjöd videomöten med primärvården. Samtliga, både landsting och privata utförare, som erbjuder digitala vårdtjänster beskriver vilka besvär som lämpar sig för ett digitalt vårdmöte. Fler kvinnor än män använde de digitala vårdtjänsterna och personer under 50 år utgjorde den största patientgruppen (90 procent). De vanligaste sökorsakerna var infektioner och hudsjukdomar. [386]

Öppna redovisningar och Kvalitetsregistrens webbplatser

Inom ramen för projektet InfoVU (Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) publicerades 2005 en rapport med titeln ”Öppna redovisningar av resultat i vård och omsorg – lägesbeskrivning och förslag till utveckling”. Ett år senare, 2006 redovisades resultat från den särskilda satsning som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gjorde för att stimulera och stödja en öppen redovisning av resultat i vård och omsorg. Tillsammans med Svenskt Bråckregister tog man fram exempel på hur man kan redovisa resultat från ett Nationellt Kvalitetsregister med patienter och allmänhet som målgrupper. Totalt granskades 27 webbplatser. Granskningsresultat, synpunkter och tips på förbättringar skickades till respektive webbplatsansvarig. Representanter från Nationella kvalitetsregister inbjöds också till ett seminarium för information, idéutbyte och diskussion. [387, 388]

Från InfoVU till Nationell informationsstruktur

Vilka resultat uppnår vården och omsorgen? Vilken kvalitet har resultaten? Stämmer resultat och kvalitet med målen? Tillgodoses patienternas och brukarnas behov? Vad kostar det uppnådda resultatet per patient och brukare? Hur kan uppgifter enkelt föras över mellan olika verksamheter? Vilken roll kan informationstekniken (IT) spela för en säker och effektiv utveckling vid registrering, bearbetning, överföring och redovisning av olika typer av information? Det här var frågor som Socialstyrelsen i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet (senare Sveriges Kommuner och Landsting) på uppdrag av regeringen arbetade med i projektet InfoVU under åren 2001–2004. De kunskaper, erfarenheter och förslag InfoVU redovisade i sin slutrapport och ett stort antal delrapporter under 2005 blev viktiga steg på vägen i ett långsiktigt förändringsarbete som fortfarande pågår. [389]

Stegen före IT

InfoVU:s slutsatser och förslag blev ett viktigt underlag till 2006 års nationella IT-strategi för vård och omsorg. Inom ramen för insatsområdet ”Informationsstruktur” fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag som fokuserade på ”stegen före IT”. Uppdraget skulle genomföras i två långsiktiga projekt som startade under 2007. Det ena skulle utveckla en nationell informationsstruktur och det andra bygga upp en nationell terminologi- och klassifikationsresurs samt förbereda införandet av det kliniska referenssystemet ”SNOMED CT” (Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms) som Sverige hade anslutit sig till. I en artikel i Läkartidningen 2007 kan man läsa: ”Det är en stor utmaning att ändra invanda eller individuella dokumentationsmönster. Det kommer att krävas

Ulla Gerdin: **Vikten av enhetliga begrepp och termer**

Redan på Linnés tid använde samhället sig av klassifikationer för att beskriva förekomsten av kroppsliga tillstånd och funktioner. Därefter har klassifikationerna utvecklats och blivit många fler och samordnats internationellt med bl.a. WHO:s hjälp. Hälso- och sjukvård och socialtjänst har idag tillgång till enhetliga begrepp och termer för att mäta och jämföra resultat.

Varken klassifikationer eller begrepp och termer är statiska. De påverkas av trender i samhället, ny kunskap, olika verksamheters utveckling, politiska beslut och ny teknik. Socialstyrelsens ledning har genom åren sett betydelsen av att det finns nordiskt och internationellt samarbete för en mer jämförbar och trovärdig statistik.

På 1980-talet påbörjades arbetet internationellt med att ta fram en nomenklatur och struktur som skulle användas i hälso-och sjukvårdens datorsystem. 20 år senare fanns det ett konkret men oprövat förslag med 300 000 begrepp på engelska. Socialstyrelsen föreslog att nomenklaturen skulle översättas och Socialdepartementet beslutade att Sverige skulle gå med i den internationella organisationen med åtta länder, däribland Danmark. Översättningsarbetet tog fyra år och leddes av Socialstyrelsen. På Socialstyrelsen, i landsting och hos systemutvecklare bygger man nu upp kunskapen om nomenklaturens användningsområden. Idag är över trettio länder med i utveckling och underhåll av den gemensamma nomenklaturen och den är översatt till många språk.

Det var ett radikalt beslut som Socialstyrelsens ledning tog den gången i slutet av 2007 eftersom betydelsen av den gemensamma nomenklaturen bara kunde anas vid det tillfället.

Radioprogram om hälsofrågor på charterflyg

Under ett halvår på 1990-talet kunde resenärerna på ett svenskt charterbolag lyssna på ett radioprogram med information om bland annat hälsa och livsstil (motion, jämställdhet, matvanor, droger m.m.) under flygresan. Med hjälp av informationen kunde resenärerna fylla i ett tävlingskryss (korsord) och i bästa fall vinna ett pris som charterbolaget stod för. Tävlingsinslaget skulle göra att man blev lite extra uppmärksam. Socialstyrelsen bidrog med underlaget till informationen och frågorna.

bred konsensus om de grundläggande kraven på den framtida vård- och omsorgsdokumentationen för att säkerställa att rätt information dokumenteras och att den beskrivs på ett enhetligt och organisationsneutralt sätt." (Stegen före IT – grunden för en ändamålsenlig dokumentation, Läkartidningen nr 40, 2007)

Arbetet fortsätter

Socialstyrelsens arbete med den nationella informationsstrukturen (NI) är numera en del av den nationella visionen för e-hälsa 2025. Den idag aktuella versionen (NI 2017) fokuserar på innehåll som har störst betydelse för praktisk användning av NI. I denna version ingår också tillämpningsanvisningar. Socialstyrelsen tar kontinuerligt emot synpunkter och förslag från intressenter och användare, på innehåll och behov av utveckling.

Socialstyrelsens uppdrag är att vidareutveckla och kvalitetssäkra NI så att den stödjer och leder till målen om en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utmärkande för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation är att den ska vara:

- utgångspunkt för vård, stöd och behandling av en enskild individ
- underlag för patientens eller brukarens ställningstagande
- fullvärdig som underlag för att följa upp grupper av patienter och brukare på olika nivåer
- lämplig som kompletterande underlag för beslutsstöd
- tillräckligt bra för att utgöra underlag för forskning
- tillräckligt specifik för att tillåta en juridisk bedömning av den enskilda processen. [390]

MARS – Medical Access and Result System

1993/94 startade Socialstyrelsens arbete med att bygga upp en svensk medicinsk faktadatabas – MARS (Medical Access and Result System). Lite av föregångare kan man nog säga att det var när det gäller att utnyttja modern informationsteknik för att på ett strukturerat sätt ta fram, systematisera och sprida aktuell och god medicinsk praxis inom hälso- och sjukvården. Delar av innehållet kunde även användas som underlag för information till patienter.

Materialet i MARS publicerades i fulltext på Internet, på cd-rom och delvis i tryckt form. På cd-romskivorna fanns möjlighet att använda en interaktiv statistisk applikation för egna bearbetningar av volymer, trender m.m. för utvalda grupper som stöd vid diagnostik, medicinsk behandling eller operationer. (Se också s. 135)

Svenskt medicinskt fönster

MARS-materialet ingick som en del i webbplatsen Svenskt medicinskt fönster som i slutet på 1997 öppnades gemensamt av Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Läkemedelsverket, SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) och Spri (Statens planerings- och rationaliseringsinstitut). Där kunde man nå information från databaser med bland annat diagnoser, medicinska register och rapporter. Enligt programförklaringen skulle man utnyttja den nya informationsteknologin

”för överföring och återföring av medicinsk kunskap i ett kontinuerligt förlopp”. Webbansvarig var *Björn Emanuelsson*, Socialstyrelsen.

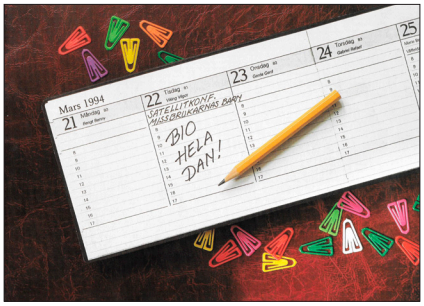
Socialstyrelsen började också bygga upp en databas för forsknings- och utvecklingsarbete på socialtjänstområdet tillsammans med Statistiska centralbyråns bibliotek på 1980-talet, SocBas-projektet. [391]

Här demonstreras SocBas-projektet på Socialtjänststämman.
Foto: Denny Lorentzen

Satellitkonferenser och bandade verksmöten

Socialstyrelsen har också på andra sätt tagit vara på teknikens möjligheter för att nå ut till målgrupper och förmedla information. Inom ramen för det fleråriga projektet Barn i fokus anordnade till exempel Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet under 1993 och 1994 satellitkonferenser för att nå ut till ansvariga och personal i hela landet via lokala biografer. 1993 års konferens handlade om utsatta barn och 1994 var temat Missbrukarnas barn. Deltagarna runt om i landet kunde se, höra och fråga en expertpanel med forskare och socialarbetare, psykologer och barnpsykiatriker. Syftet var att bl.a. utveckla det lokala arbetet med missbrukarnas barn.

I början av 1990-talet, när Socialstyrelsens regionala enheter hade etablerats spelades verksmöten för all personal in på band så att all personal ute i landet kunde ta del av anföranden och diskussioner. Video- och telefonkonferenser blev också en del av det interna arbetet inom tillsynen.



I takt med den digitala utvecklingen

En titt i de senaste tio årens backspegel visar att Socialstyrelsen hållit god takt med den digitala utvecklingen med sociala medier och andra möjligheter till interaktivitet m.m. Så här ser listan ut i oktober 2018:

- En officiell sida på LinkedIn med information om myndigheten och aktuella händelser.
- Ett twitterkonto där pressnyheter publiceras.
- På Facebooksidan publiceras statistik i form av infografik.
- Jag donerar mina. Gör du? En Facebooksida, där Socialstyrelsen informerar om organ- och vävnadsdonation.
- På instagram publiceras samma infografik som på verkets officiella Facebooksida
- På djupet är en podd där personal och utomstående experter samtalar om olika frågor med koppling till socialtjänst och hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsens filmer publiceras på Vimeo.com och YouTube för att sedan länkas in på verkets externa webbplatser, intranätet samt i webbutbildningar.

15. Fler röster om Socialstyrelsen

Här har vi samlat fler bidrag från tidigare medarbetare på temat ”Mitt bästa minne från min tid på Socialstyrelsen” eller ”Det här tycker jag Socialstyrelsen ska få positiva omdömen för i historieböckerna”. Bidragen redovisas i bokstavsordning (efternamnen).

Ann-Marie Begler:

Socialstyrelsen gav mig tre viktiga lärdomar

Att vara överdirektör på Socialstyrelsen var mitt första jobb i en myndighets ledning. Det första riktigt höga chefsjobbet. Nu, när jag under nästan tjugofem år varit överdirektör eller generaldirektör på fem olika myndigheter av väldigt olika storlek, från 50 till 14 000 medarbetare, har jag många gånger använt mig av det jag lärde mig på Socialstyrelsen. De åren hade en avgörande betydelse för hela min yrkeskarriär. Det är särskilt tre saker jag vill lyfta fram. Och de hänger ihop. Även om ledarskap till vissa delar är en generell kunskap som går att tilämpa på många olika typer av verksamheter är en myndighets storlek helt avgörande.

Den svenska förvaltningsmodellen

Den första handlar om den svenska förvaltningsmodellen. Den är själva grunden för det mandat och det uppdrag du har som myndighetschef. Regeringen styr myndigheter med instruktion och regleringbrev. Myndigheterna ligger därmed under regeringen och inte ett enskilt statsråd. Det krävs ibland både mod och intetgritet för att upprätthålla denna ordning, för både myndighet och regeringskansliet. När man tydligt upprätthåller denna ordning kan det gnissla. Jag minns tydligt under mina år på Socialstyrelsen att det gnisslade rejält ibland men det är inget att oroa sig för. Man bör vara mer orolig om de grundläggande reglerna för relationer mellan myndighet och departemnetet inte upprätthålls. Då skapas risker för de demokratiska värdena.

Rättssäkerheten i centrum

Den andra handlar om att ha rättssäkerheten i centrum. Den lagstiftning som en myndighet ska tillämpa är beslutad av riksdagen. Därför kan man inte välja bort den, även om man tycker att lagstiftningen är felaktig eller till och med inhuman. Under de år jag arbetade på Socialstyrelsen valde myndighetens ledning ett antal gånger att skriva till regeringen och peka på behov av lagändringar för att få ett bättre fungerande system. Här har de svenska myndighetern ett stort ansvar. Beskriv konsekvener av lagtiftningen och föreslå förändringar. Sådant för Sverige framåt.

Forskning och kunskap

Den tredje handlar om forskning och kunskap. Under mina år på Socialstyrelsen skedde en stor förändring i det avseendet. Vi gick från en ideologiskt styrd verksamhet där mycket av det som fördes fram vilade på åsikter och uppfattningar. Det delade vi säkert med flera andra myndighet. Det främsta uttrycket för den ideologiska styrningen var möjligen Socialstyrelsens syn på narkotikafrågan. Den förändring som skedde var att allt mer av myndighetens utredningar och förslag på det sociala området vilade på kunskap och forskning. Det perspektivet förstärktes

kraftigt både genom rekrytering av ny kompetens och genom att utveckla ny verksamhet som på ett spännande sätt bidrog till allt mer av kunskapsstyrning. Att ha kunskap och forskning som en grund för allt det som en myndighet lämnar ifrån sig har efter mina år på Socialstyrelsen varit en viktig drivkraft för mig.

”

Eva Bergström:

Ideologiska, värde- och kunskapsbaserade drivkrafter

Socialstyrelsens medverkan till en positiv samhällsutveckling inom socialtjänsten 1968–2018 kan sammanfattas i följande punkter:

- ***Från barnpassning till pedagogiskt stöd utifrån varje barns individuella behov.***

Bidragande var Socialstyrelsens Pedagogiskt program för förskolan samt Pedagogiskt program för fritidshem under 1980-talet samt aktiva insatser för en professionalisering av utbildningen för förskollärare och barnskötare.

- ***Från ålderdomshem till serviceboende och rätt till bistånd i det egna hemmet.***

Bidragande var Socialstyrelsens arbete med Ädelreformen på 1990-talet samt aktiva insatser för en professionalisering av omsorgspersonalen inom denna sektor.

- ***Från institutionalisering av personer med funktionsnedsättning till normalisering och rätt till bistånd/assistans.***

Bidragande var Socialstyrelsens aktiva tillsyn samt myndighetens ideologiska och värdebaserade arbete för en samhällsförändring av synen på s.k. förståndshandikappade, sinnessjuka och invalider mot ett erkännande av alla människors lika värde och rätt till personlig integritet.

- ***Från hantering av vanartiga barn till barns behov i främsta rummet.***

Bidragande var Socialstyrelsens arbete för en professionalisering av den sociala barnavården och utvecklingen av hjälpmedlet BBIC (Barns Behov i Centrum) som stöd för utredning, val av insats och uppföljning av att varje enskilt barns behov tillgodoses.

- ***Från repression och förmynderi mot s.k. alkoholister och narkomaner till minimerad tvångsvård och förståelse för att missbruk och beroende har multifaktoriella orsaker.***

Bidragande var Socialstyrelsens ideologiska och värdebaserade arbete att minska det mångåriga sociala tvånget då nykterhetsvårdslagen ersattes av lagen om vård av missbrukare (1982).

- ***Från godtycklig, ofta kränkande socialhjälpshantering till biståndsrätt utifrån nationella normer för försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd.***

Socialstyrelsen har bidragit med tydliga riktlinjer för myndighetsutövning i syfte att påvisa individens rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen (sedan 1982). Hjälp in natura och annan kränkande hantering har avskaffats, men upplevelsen av skam och godtycke kvarstår hos många fattiga biståndsberättigade som tvingas genomgå individuell bedömning enligt lagen – Socialstyrelsens insatser till trots.

- ***Från osynlighet till erkännande av att våld mot kvinnor är ett betydande samhällsproblem.***

Socialstyrelsen har bidragit med kunskapsstöd, ekonomiskt utvecklingsstöd och utbildningsinsatser till vården och till frivilliga organisationer sedan 1980-talet. Medvetenhet och insatser har förbättrats radikalt.

En sammanfattande slutsats jag själv drar utifrån ovanstående punkter är att Socialstyrelsens drivkrafter till förmån för en positiv samhällsutveckling och utveckling av socialtjänsten har varit lika mycket ideologiska och värdebaserade som kunskapsbaserade och grundade på aktiv rättstillämpning. Samtliga drivkrafter har varit viktiga för att medverka till den positiva utveckling som kan iakttas i ett längre perspektiv.

Åsa Ekman:

Viktiga insatser för samhällsutvecklingen

Socialstyrelsens insatser borde ju bedömas i relation till uppdraget och det är inte lätt eftersom uppdraget inte på något sätt varit entydigt eller tydligt utformat. En så stor del av det Socialstyrelsen gjort har varit kortsiktiga uppdrag utan tydlig anknytning till något huvuduppdrag. Man kan bara titta på regleringsbreven och de blev bara yvigare och mera detaljerade under de senare 20 åren. Det som jag tycker Socialstyrelsen har gjort bra och ska få uppskattning för är nog mera sådant jag tycker varit viktigt i samhället utan att det varit tydligt relaterat till något uppdrag. Det blir alltså en subjektiv bedömning utifrån mina kunskaper om Socialstyrelsens verksamhet och de är större på hälso- och sjukvårdsområdet än på socialtjänstområdet.

- ***Insatser gentemot svaga grupper i samhället***

Det jag kommer på först är det som gjordes för att förbättra villkoren för utvecklingsstörda som det väl kallades när Karl Grunewald drog igång det arbetet. Även om det inleddes före 1968 pågick det länge inom Socialstyrelsens hägn.

Men Socialstyrelsen har hela tiden försökt bevaka svaga gruppers villkor och belysa och informera om dessa i många olika sammanhang.

- ***Insatser på befolkningsnivå***

Uppbyggnaden av EpC som gav möjlighet att följa utvecklingen när det gäller såväl hälsa och sjukdomar som resultaten av samhällets insatser inom dessa områden.

Socialstyrelsen använde också data från EpC:s register för att göra egna analyser och återföra resultat, men kanske ännu viktigare har de nog varit för huvudmän och forskare. Registren har gett möjligheter att följa och analysera det som händer. Såvitt jag kan bedöma har EpC:s register varit välskötta vilket också Socialstyrelsen bör få uppskattning för. En av Socialstyrelsens egna större insatser var väl också Kvalitetsregistren där motståndet inledningsvis var stort.

Hälsoskyddets arbete att tillsammans med forskare och huvudmännen kartlägga barns miljörelaterade hälsa i Miljöhälsorapporter är också ett exempel på ett arbete jag tycker Socialstyrelsen borde få uppskattning för. Socialstyrelsen drog igång ett arbete som involverat en lång rad forskare och myndigheter där Socialstyrelsen inte syns så mycket men varit en motor.

- ***Kvalitetsarbetet i vården***

I den här punkten innefattar jag inte bara det som handlar om regleringen kring arbetet med kvalitet i vården utan också hela Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården. Det är omöjligt att särskilja vad Socialstyrelsen gjorde och det som huvudmännen och enskilda yrkesutövare i vården betydde för kvalitetsarbetet men att Socialstyrelsen bidragit på ett positivt sätt kan man inte komma förbi.

Inom tillsynen var hela arbetet med att förflytta fokus från att hitta syndabockar när något misstag begåtts i vården till att försöka belysa vad som hänt och hur det skulle kunna undvikas i fortsättningen omfattande, systematiskt och stödjande. Det bidrog såvitt jag kan bedöma till en förändrad hållning i vården och därmed förhoppningsvis till en säkrare vård. Det går kanske inte att bevisa men nog borde tillsynens insats erkännas!!

Bo Hjern:

Mitt liv med Socialstyrelsen

1981–92 var jag ledamot av Socialstyrelsens verksstyrelse. Jag var då VD för Sveriges Läkarförbund och hade nominerats till uppdraget av Saco. Som pensionär var jag sedan under åren 1992–2003 halvtidsanställd som föredragande läkare vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm.

Verksstyrelsen bestod efter omorganisationen 1980/81 av Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande, verkets överdirektör som vice ordförande och tio övriga ledamöter som utsetts av regeringen. De senare inkluderade representanter för riksdagen, landstingen och de tre fackliga centralorganisationerna. Vidare hade personalföreträdare från de tre lokala fackföreningarna rätt att närvara. Sammanträdena ägde rum i Socialstyrelsens stora sessionssal, där ledamöterna var placerade i ”statusordning” med riksdagsmännen närmast ordföranden och de fackliga representanterna längst ner vid bordets ände. Själv satt jag under mina elva år alltid längst ner vid bordets högra sida. Vem som bestämt denna ordning vet jag inte. Kanske var det generaldirektörens sekreterare? Jag hann under mina 22 år med Socialstyrelsen uppleva fyra olika generaldirektörer, Barbro Westerholm, Maj-Britt Sandlund, Claes Örtendahl och Kerstin Wigzell.

I styrelsearbetet tog de myndighetsinterna frågorna – anslagsframställningar, budgetuppföljning, bokslut, verksamhetsplanering och verksamhetsberättelser – stor plats. Styrelsen skulle vidare besluta om innehållet i föreskrifter och allmänna råd samt viktigare remissyttranden. Från och med 1988, då en ny verksinstruktion trädde i kraft, kunde dock generaldirektören själv besluta om sådana föreskrifter som inte var av principiellt slag eller större vikt.

Motstridiga intressen

Ny lagstiftning både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten medförde under första hälften av 1980-talet mycket arbete med information, utbildning och utfärdande av allmänna råd. Socialstyrelsen måste då göra en avvägning mellan delvis motstridiga intressen, å ena sidan kraven på ökad kommunal handlingsfrihet och å andra sidan kraven på statlig övervakning av att vården utformas med godtagbar och likformig standard över hela landet. Krav på minskad statlig detaljreglering av den kommunala verksamheten hade nämligen legat bakom såväl dåvarande Socialstyrelsens och Medicinalstyrelsens integration 1968 som Socialstyrelsens omorganisation 1980/81. Att landstingen genom 1982 års hälso- och sjukvårdslag fått ”totalansvar” för sjukvården inom sina områden hade medfört att Landstingsförbundets ledning blivit maktfullkomlig och inte längre ville veta av några direktiv från statliga myndigheter. Förhållandet mellan Socialstyrelsens och Landstingsförbundets ledningar var därför tidvis ganska frostigt.

Att arbetet vid socialtjänstavdelningen och hälso- och sjukvårdsavdelningen skulle utvecklas i riktning mot ökad samverkan mellan de båda avdelningarna var också ett krav som ställts redan vid myndighetssammanslagningen 1968 och upprepats i praktiskt taget varje verksamhetsberättelse. Detta för att Socialstyrelsens rekommendationer om samverkan på fältet skulle få tilltro.

Johny Hultin:

Fyra årtionden med Socialstyrelsen

Mina minnen och erfarenheter från åren på Socialstyrelsen kan i korthet sammanfattas i ett antal punkter fördelat på olika årtionden.

Under 1970-talet förbättrades och utvecklades barnomsorgen kraftig och den öppna hälso- och sjukvården byggdes ut. I glesbygdsprojektet satsades mycket pengar på social service till äldre och på barn och ungdom i glesbygd.

Internt gjordes de första försöken till integration av hälso- och sjukvård och socialtjänst i verkets organisation.

Tillsynen sköttes med hjälp av länsläkarorganisationen.

Under 1980-talet kom den förebyggande hälsovården i fokus, bland annat genom HS 90-arbetet. Socialtjänstens deltagande i samhällsplaneringen blev uppmärksammad i olika projekt. Personalbristen inom hälso- och sjukvården ledde till satsningar på nya yrkesgrupper och kortare utbildningar. Bland annat genomfördes en stor genomgång av behörigheter i början av 1980-talet och det blev en nordisk gemensam arbetsmarknad. Statens roll förändrades gentemot huvudmännen i och med mindre detaljstyrning och mer ramlagstiftning.

Tjernobyl-katastrofen ledde bland annat till en uppbyggnad av verkets beredskapsorganisation. Internt utsågs och utbildades personer som ingick i den interna gruppen Tjänsteman i Beredskap (TiB).

Under 1990-talet växte köp-/säljorganisationerna inom vård och omsorg. En kärv ekonomi med besparingskrav påverkade verksamheterna. Uppföljning och utvärdering blev allt viktigare för Socialstyrelsen. Kraven på styrning av myndigheterna ökar. Tillsynen över hälso- och sjukvården förbättrades bland annat som en följd av att staten återtog initiativet mer generellt och genom inrättandet av Socialstyrelsens regionala organisation. Internt genomgick Socialstyrelsen ett riktigt stålbad ifråga om bantning ner till cirka 350 personer.

Under början av 2000-talet fortsatte inriktningen på uppföljning och utvärdering. Kvalitetsfrågorna kommer i fokus och det blir en ökad efterfrågan på Socialstyrelsens kompetens, bland annat i form av riktlinjer. Uppdragen från regeringen ökar. Interna organisationsförändringar kan till stor del bestämmas av Socialstyrelsen själv och inriktas mer på processer.

Ulla Höjgård:

Fem viktiga frågor

Det jag främst tycker Socialstyrelsen bör bli ihågkommen för är:

- Myndighetens initiativ att lyfta fram behovet av en evidensbaserad socialtjänst. Generaldirektör Kerstin Wigzell skrev i slutet av 1990-talet en debattartikel där hon starkt kritiserade kunskapssynen inom socialt arbete och pekade på bristen på evidens för socialtjänstens olika insatser. Artikeln väckte inledningsvis kritik från företrädare för kommunernas socialtjänst och vissa forskare inom socialt arbete, men idag är behovet av evidens för olika insatsers resultat i stort sett godtaget av både socialtjänstens personal och forskare.
- Beslutet 1979 att inte längre klassa homosexualitet som en sjukdom. Det har betytt mycket för att normalisera synen på hbtq-personer i Sverige.
- Kampen för att lyfta fram rättigheterna för personer med psykisk utvecklingsstörning. Deras rättigheter, lika värde och möjligheter att leva ett liv som andra och kunna växa upp i sina familjer. Karl Grunewald var en av förgrundsfigurerna i detta

arbete vilket lade grunden till dagens lagstiftning kring frågor om funktionsnedsättning.

- Myndighetens arbete med att gifta ihop den medicinska och sociala tillsynen och att verka för att den sociala tillsynen skulle övergå från länsstyrelserna till Socialstyrelsen. I mitten av 1990-talet tog Socialstyrelsen initiativet till en samverkansgrupp mellan länsstyrelsen och Socialstyrelsen i syfte att främja en mer enhetlig tillsyn vilket med stor sannolikhet bidrog till regeringens beslut att överlämna den sociala tillsynen till Socialstyrelsen (2010).
- Utvecklingen av hälso- och sociala register – en guldgruva för forskning, utvärdering och uppföljning inom områdena.

”

Nina Rehnqvist:

Socialstyrelsens betydelse ur flera aspekter

För mig personligen tycker jag det var viktigt och betydelsefullt att förstå och arbeta med begåvade och ambitiösa personer från andra områden än de rent medicinska. Att inse att det gäller att försäkra sig om att man förstått synpunkter och ställningstaganden på rätt sätt för att eventuellt modifiera egna ställningstaganden eller övertyga andra om att de kanske inte har rätt om man tar ett helhetsgrepp på en fråga. T.ex. i psykiatri eller uppföljningarna av Ädelreformen. Att förstå de olika ”språken”. Att arbeta ned de många devota medarbetarna som varit på Socialstyrelsen länge. Samarbetet med *Eva Sahlin* var oerhört lärorikt. Coachningen och utbildningen som *Merike Palm* stod för när det gällde mediahantering – bättre skola fanns inte. Vi hade roligt och skrattade mycket.

För Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården i Sverige: Kvalitetsregisterutvecklingen är nog det jag är mest stolt över. Likaså deltagandet i Aktiv uppföljning. Riktlinjearbete var väl också ett genombrott och tillsammans var de här tre frågorna början till att man fokuserar på uppföljning och redovisning av medicinska resultat istället för pekpinnar. Samarbetet med EpC och deras kompetens var en viktig förutsättning. Att Landstingsförbundet gled över till att vara samverkande och inte bara förhandlare tycker jag också skedde under ”min” tid. Ransnäs-affären ledde till ändrad lagstiftning. Vi lyckades faktiskt minska antalet specialiteter.

För mig och Socialstyrelsen. Etiska rådets diskussioner och synpunkter var av hög klass.

Socialstyrelsen var inte något jag längtat efter hela livet. Snarare tvärtom. Men… Jag tog jobbet för att jag blev tillfrågad av Olle E som jag hade förtroende för. Om han ansåg att man med SoS som verktyg kunde förbättra vården så var det bäst att tacka ja så att inte någon annan som kanske tänkte mer flummigt fick frågan. Vad som förvånade mig var den misstänksamhet och negativa attityd som jag blev bemött med av, som jag trodde vänskapligt sinnade kollegor i vården. Personer som tidigare visat mig förtroende och uppskattning (som jag uppfattat det) visade nu misstänksamhet och ifrågasättande till min person. Jag tyckte ju inte att jag förändrats som person. Men det var en upplevelse som gav eftertanke.

Lennart Rinder:

Saklig, opartisk och konsekvent

Jag hoppas att Socialstyrelsen blir ihågkommen för att vi var/är en myndighet som inte påverkades av kortsiktiga politiska opinioner, utan alltid höll oss till Regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet i vår myndighetsverksamhet. Detta var inte alltid helt lätt i tillsynsverksamheten, där media gärna hade förutfattade meningar vid diverse «vårdskandaler». Och kommunförbunden tyckte ju ofta att vi drev olämpliga förslag, t.ex. beträffande styrningen av rikssjukvården.

I samma anda kan sägas att Socialstyrelsen bör bli ihågkommen för att vi konsekvent höll oss till ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och aldrig föll för trycket att acceptera och legitimera populära, men svagt grundade, hälsoåtgärder och behandlingsformer.

Sannolikt kommer vår medverkan i ”brödkampanjen” 1976 (”Socialstyrelsen anser att man dagligen ska äta 6-8 brödskivor”) att finnas i historieböckerna, som det århundradets mest slagkraftiga reklamkampanj. Inte heller här behöver vi skämmas; i vart fall fiberrikt bröd kan man med fördel tugga i sig i rekommenderad mängd.

Berit Sepp:

En guldgruva att förvalta

De flesta ärenden, som kommer in till Socialstyrelsen startar med ett diarienummer. Man anger en identifikation för att underlätta sökningen. Det är särskilt viktigt att dossién (det s.k. saknumret) blir rätt, eftersom man först 1990 kunde söka digitalt och därmed fick fler sökbegrepp. Diariet var strukturerat efter samma princip som Socialstyrelsens organisation, d.v.s. hälso- och sjukvård, planering och statistik, socialvård samt administration (personal och ekonomi). Det var också viktigt att ärendemeningen blev adekvat beskriven, eftersom den utgör ett viktigt led i sökningen. Man kan säga att huvudregistraturen utgjorde navet som höll byråerna samman genom att försöka nå enighet i registrering och arkivering.

Socialstyrelsen hade under min tid många individärenden och frågorna avlöste varandra per brev och telefon. Några frågor krävde svar skyndsamt efter bedömning om ärendet var offentligt. Fanns det sekretess i någon del måste dessa inslag döljas för att inte synas i den utlämnade kopian.

Arkivet, som innehåller slutförvaringen av allt material, var och är flitigt använt av allmänhet, journalister och forskare. Från universitet och högskolor krävdes till exempel intyg som klargjorde vikten av att få ta del av sekretesskyddad information. En fråga kunde t.ex. gälla antalet adoptioner från något land under en viss tidsperiod. Den adopterade personen har naturligtvis rätt att ta del av handlingar om sin egen adoption. Under en period var det många, som i vuxen ålder sökte efter sin bakgrund för att få möjligheten att hitta sin ursprungliga familj. Ett annat exempel är från 2002 då personer som blivit steriliserade kunde ansöka om ersättning. Eftersom arkivbeståndet omfattade perioden från 1947 då Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen var två myndigheter fanns dessa handlingar i Socialstyrelsens arkiv. Även när barn som lidit skada under sin vistelse i fosterhem skulle få ersättning fanns deras historia i vårt arkiv.

Ja, som arkivarie var och är Socialstyrelsens källmaterial en guldgruva att förvalta!

Claes Sundelin:

Några personliga eftertankar

Min första tanke är att arbetet för Socialstyrelsen varit stimulerande och berikande. Främst genom kontakten med skickliga och kompetenta befattningshavare på olika nivåer. Det innebär inte att allt varit lättsamt och utan komplikationer.

Mitt intryck är att äktenskapet mellan den ”sociala” och den ”medicinska” sidan av myndigheten inte varit särskilt harmoniskt och innerligt. Jag vill i detta sammanhang inte försöka reda ut orsaker eller beskriva problemen närmare. Det finns andra som säkert kan göra detta på ett mer kvalificerat sätt och det finns måhända andra som inte alls delar min uppfattning. För egen del tyckte jag det gnisslade under min tid.

Ibland har jag tyckt att myndigheten liknade en skådespelare som söker en roll. Bidragande orsak till detta tror jag handlar om den politiska styrningen, omorganisationer och relativt täta byten av generaldirektör. För min egen del var frånvaron av barnmedicinsk sakkunskap på myndigheten under delar av 90-talet en bidragande orsak till vilsenheten. Ett genomgående problem har varit att den barnkompetens som funnits vid myndigheten har funnits klickvis på olika avdelningar och enheter.

Splittringen gjorde att min bild av Socialstyrelsen var en rangerbangård. Man kunde rulla in en utredning eller ett förslag, men på rangerbangården fanns det en mångfald växlingsstationer och mäktiga växlare. Det fanns alla möjligheter att rulla in den nya vagnen på stickspår där den blev stående. Så småningom blev jag mer kulturkompetent och lärde mig var växelstationerna fanns och kunde då förbereda marken genom att ta kontakt med växelpersonalen. På det viset kom en och annan vagn ut på anda sidan, men en del står kanske och rostar fortfarande.

Ett inte obetydligt problem för myndigheten var relationen till Landstingsförbundet och senare Sveriges Kommuner och Landsting. Socialstyrelsen fick i princip inte föreslå något som kunde vara kostnadsdrivande. Det var ett mantra som jag fick höra åtskilliga gånger. Förbunden verkade ha till huvuduppgift att i alla lägen försvara sjukvårdshuvudmännens autonomi. Att bedriva utvecklingsarbete under sådana premisser är inte lätt. Jag undrar om detta kan vara ett skäl till att många skrifter från Socialstyrelsen under min tid blev allmänt hållna och saknade den konkretion som ger förändringskraft.

16. Generaldirektörernas goda minnen

Socialstyrelsen har hittills haft åtta ordinarie generaldirektörer – fyra kvinnor och fyra män och är därmed ett föredöme ur jämställdhetssynpunkt. Vi bad generaldirektörerna skriva något från tiden som generaldirektör på temat: ”Vad tycker du Socialstyrelsen ska bli positivt ihågkommen för i historieböckerna?” Det blev en kavalkad av återblickar som i viss mån också ger en sammanfattande bild av Socialstyrelsens 50 år. Eftersom Bror Rexed avled 2002 har vi själva valt några områden som vi tror att han hade velat lyfta fram. Vid varje bidrag ligger en kort presentation av utbildning, anställningar och uppdrag före utnämningen till generaldirektör.

Gd 1968–1979

Bror Rexed
Född i Gunnarskog. Studerade till läkare i Uppsala. Ägnade sig sedan åt forskning av hjärnan på Anatomiska institutionen i Uppsala och deltog bland annat i utvecklingen av protonstrålning vid ingrepp i hjärnan. Blev ledamot och huvudsekreterare i 1948 års läkarutbildningskommitté (LUK). 1951 utnämndes Bror Rexed till sekreterare i Medicinska forskningsrådet och när riksdagen inrättade regeringens forskningsberedning blev Bror dess sekreterare.

Bror Rexed

I samband med Bror Rexeds begravning kunde Socialstyrelsens personal bland annat läsa följande på intranätet, som exempel på viktiga frågor under hans tid som generaldirektör:

”De frågor som Bror Rexed drev är i hög grad aktuella än idag. Integrationen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, primärvårdens betydelse, barnomsorgens betydelse, narkotikafrågorna, folkhälsofrågorna. Bror drev också frågan om att de socialt ansvariga – läkare, socialkonsulenter, socialarbetare – måste komma med i samhällsplaneringen. Dominansen av tekniker och ekonomer måste brytas. Även när det gäller riktlinjer för vård och behandling inom olika angelägna områden var Bror en föregångare till det vi idag åstadkommer med nationella riktlinjer för de stora folksjukdomarna – fast kanske på en lite annan ledd.” [392]

Gd 1979–1985

Barbro Westerholm
Född i Stockholm. Barbro blev medicine doktor vid Karolinska Institutet (KI) 1965 på avhandlingen ”Frisättning av histamin och 5-hydroxytryptamin in vitro” och docent i klinisk farmakologi på KI 1966. Hon var föredragande läkare både på Medicinalstyrelsen och på Socialstyrelsen och medicinsk expert vid Apoteksbolaget innan hon blev generaldirektör.

Barbro Westerholm

”Jag tillträdde som generaldirektör i samband med att riksdagen beslöt om omfattande förändringar av myndighetens uppgifter och organisation. Rättsmedicin, rättskemi och rättspsykiatri skulle brytas ut och bli en egen myndighet, Rättsmedicinalverket. Länsläkarorganisationen skulle avvecklas och ansvaret för ungdomsvårdsskolorna och missbruksvården skulle överföras till landsting och kommuner. Dessutom skulle själva Socialstyrelsen omorganiseras radikalt och antalet medarbetare minskas med en tredjedel utan att någon skulle sägas upp. Oplanerade hål uppstod i organisationen och vi förlorade mycket kompetens. Att använda den s.k. osthyvel- eller tårtspademetoden gick inte på grund av riksdagsbeslutets utformning. Vi kallade det schweizerostmetoden.

Både kunskap och hjärta

Hos de som var kvar i myndigheten uppstod en ”djävlar-anamma”-känsla, vi ville utvecklas till Sveriges bästa kunskapsmyndighet. Genom att ersätta den tidigare logotypen som såg ut som en bikupa med den nuvarande hjärtformade ville vi visa att vi inte bara hade kunskap utan också hjärta.

Vår målsättning var att vår verksamhet skulle vara evidensbaserad och inte bygga på tro och tyckande. Det innebar att vi inledde arbete med att evidensbasera inte bara hälso- och sjukvården, som ju byggt på det synsättet sedan Collegium Medicorums start 1663, utan också socialtjänsten. Det var kontroversiellt inom socialtjänsten som inte mött samma krav tidigare.

Under den här tiden tog vi fram programmet ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet” (HS 90) som mycket byggde på Världshälsoorganisationens (WHO) målsättning ”Hälsa för alla år 2000”. Här förde vi fram att hälsan inte kan vinnas enbart genom hälso- och sjukvårdens insatser, också andra samhällssektorer måste ta sitt ansvar.

Kontroversiella beslut

Det finns mycket annat från den här tiden som jag tycker Socialstyrelsen bör bli positivt ihågkommen för. Här några exempel på kontroversiella beslut som senare visat sig vara rätt. Det började 1979 med borttagandet av homosexualitet som sjukdom i Klassifikation av sjukdomar. Metadon blev godkänt för behandling av noggrant bedömda narkomaner. Därmed kunde dödligheten bland dem sänkas. Vi sa ja till insemination som behandling av barnlöshet på villkor att barnen fick rätt att söka sitt biologiska ursprung. Vi sa ja till att hjärtdödsbegreppet byttes mot hjärndöd. När hiv/aids drabbade homosexuella personer och narkomaner arbetade vi för ett humant, icke diskriminerande omhändertagande av de smittade. Det var svårt i den panik som spred sig i samhället. Vi genomförde studien över värdet av hälsoundersökning med mammografi för tidig upptäckt av bröstcancer trots politiskt tryck att avsluta studien i förtid. Barn och vuxna med funktionsnedsättningar skulle inte längre bo på institution utan i egna hemmet med stöd från samhället. Människor med demens skulle erbjudas gruppboende, inte bo i tolvbäddssalar.

På läkemedelsfronten sa vi ja till preventivmedlet Depo-Provera trots kvinnoorganisationernas motstånd. Det var inte fel på läkemedlet utan på det sätt det provats ut på kvinnor i utvecklingsländer. Vi sa däremot nej till bantningsmedlet Ponderal på grund av risk för allvarliga biverkningar. Företaget överklagade till kammarrätten som höll med företaget och vi tvingades godkänna preparatet. Men sedan tog det inte lång tid förrän rapporter om allvarliga biverkningar kom in och vi kunde avregistrera läkemedlet. Och vi föreslog att alla som ville och kunde skulle få stanna kvar i arbetslivet till 75-årsdagen, i varje fall till 70.

Till sist, vi lärde oss hur viktigt det är att ha roligt när livet på arbetsplatsen är tufft. Vi hade kräftfiske i Socialstyrelsens damm. Där hade vi också regatta med båtar byggda av kontorsmaterial. Vi hade tårtbakningstävlingar, vi grillade grisar och får och stod för all mat och dryck själva. Fina kalas till mycket rimlig kostnad.”

Gd 1985–1988

Maj-Britt Sandlund
Född i Sollefteå. Efter fil.kand. i Uppsala arbetade hon inom Arbetsmarknadsstyrelsen och som sakkunnig och departementssekreterare i Inrikesdepartementet. I mitten på 1960-talet var Maj-Britt sekreterare i den socialdemokratiska kvinnokommittén. 1975 utsågs hon till Sveriges representant i FN:s kvinnokommission. Under åren 1974–1985 var hon länsråd och landshövdingens ställföreträdare vid länsstyrelsen i Hallands län.

Maj-Britt Sandlund

”Expertmyndigheten

Vetenskap och beprövad erfarenhet både inom medicin och socialvetenskap var vägledande. Under min tid utökade vi kontakterna med de vetenskapliga råden som bestod av forskare inom olika discipliner.

Professionella medarbetare

Jag fick åtskilliga exempel på att Socialstyrelsens ord som fackmyndighet vägde tungt bland personal inom både sjukvård och socialtjänst. Inte sällan efterlyste man mer ”muskler” från Socialstyrelsens sida gentemot sina arbetsgivare. Aids-epidemin blev en fråga som framtvingade en intensiv samverkan av medicinska och sociala frågor. Ett exempel var krav på fria sprutor och metadonprogram till narkotikamissbrukare. Ett samordningskansli inrättades för att leda arbetet.

Högspecialiserad sjukvård

En viktig milstolpe var beslutet om riksspecialiteter inom sjukvården. Alltför många regionsjukhus ansåg sig ha kompetens att utföra avancerade ingrepp trots ett för litet patientunderlag. På ett möte med politikerna från de sex sjukvårdsregionerna fick jag hota med att ”Socialstyrelsen tar över” om man inte kunde enas om vilket regionsjukhus som hade den högsta kompetensen att genomföra hjärttransplantationer, barnhjärtkirurgi m.m. Politikerna ställde sig bakom Socialstyrelsens förslag.

En personlig reflexion

Tror inte det finns något ämbetsverk som varit föremål för så många omorganisationer och uppdelningar som Socialstyrelsen. När jag kom 1985 deklarerade socialministern att Socialstyrelsens organisation från år 1981 låg fast. Den medicinska och sociala kompetensen hade nu äntligen lokaler under samma tak. Men tre år senare kom order uppifrån att Socialstyrelsen skulle organiseras om på nytt.

I dag är mängden olika organ inom Socialstyrelsens tidigare verksamhetsområde från år 1985 så stort att jag tappat räkningen. Ibland undrar jag om det är regeringen – läs Socialdepartementets – frustration över sitt bristande inflytande som ligger bakom tillskapandet av alla dessa nya myndigheter. Man frågar sig verkligen: Har statens samordning och styrning blivit bättre efter ”slakten” av Socialstyrelsen?

För övrigt anser jag att universitetssjukhusen bör förstatligas.”

Claes Örtendahl

”Minnesvärt från Socialstyrelsen

Man kan fråga sig varför ett anbud om chefskap på Socialstyrelsen, framfört av en kritisk statssekreterare i Socialdepartementet år 1989, kändes lockande. Här är några funderingar kring den frågan:

Jag hade varit djupt involverad i sjukvård från mycket unga år. Månader i barnsal på Karlskrona lasaretts medicinklinik satte spår. Doktorerna mumlade i korridoren med varandra men berättade aldrig för barnet/patienten. Psykoanalytikern tycker kanske att detta kan förklara en del av min ibland rätt kritiska inställning till läkarkåren. Men sjuksköterskorna var väldigt söta och rara. Sedermera gifte jag mig med en sådan. Henne träffade jag genom Socialstyrelsen. Tack för det!

Men det fanns mer

1989 befann sig Socialstyrelsen i kris. Regeringen ville avskilja viktiga delar av verksamhetsinnehållet, skära ner budgeten – och därmed antalet anställda, och kräva nydaning av inriktningen. Ute i samhället hade myndighetens anseende tagit skada. När man skulle skoja med myndighetsvärlden framfördes de 6–8 brödskivorna som en Strindbergsk illustration av förhållningssättet hos statens anställda och Röda rummet ansågs hämta sin näring ur dessa brödskivor.

Man kan kanske säga att de 6–8 skivorna var något att verkligen sätta tänderna i.

1989/90 kom att präglas av denna kris. Sättet att tackla den var inte helt i linje med regeringens tankar. Gemensamt övertygade vi den om att den tänkta utdragna processen av nedskärningar, utflyttningar, omdaningar, borde hanteras på rekordtid. Och nedskärningarna borde göras större än omedelbart nödvändigt. För det krävdes nya krafter i den gamla myndigheten.

Det var hårda dagar och veckor. Listorna med personer som stod i tur för uppsägning var lång, några fackliga organisationer var mycket upprörda. Men det gick trots allt ganska bra till slut. De flesta som måste gå fick nya jobb, tidig pension eller möjlighet till ny utbildning. Staten var fortfarande lite generös vid omdaningen av sina myndigheter och i motsats till Skolöverstyrelsen blev vi inte nedlagda. Rättsmedicinalverket bildades liksom Läkemedelsverket och en kärna av ny verksamhet bildades i gamla Socialstyrelsen.

En revolution i all anspråkslöshet kan man kanske tycka. Vi hissade en nykomponerad flagga uppe på taket. En ilsken östermalmare ansåg detta störande i den eljest högborgerliga miljön och klagade att TV-programmen inte gick att avnjuta eftersom flaggan syntes i linjen mellan hans sköna stol och TV-apparaten.

Nya beståndsdelar och krafter

De nya beståndsdelarna i myndigheten kom på plats och så småningom också nya krafter. Regeringen var snäll och lät oss skapa tre överdirektörstjänster. En enhet att följa hälsoutvecklingen i epidemiologiska termer – EpC – bildades. Kunskapscentra för medicin och socialt arbete utveck-

Gd 1989–1998

Claes Örtendahl
Född i Solna. Fil. kand. i Uppsala 1969 och forskningsassistent vid statsvetenskapliga institutionen vid Uppsala universitet 1972. Före utnämningen till generaldirektör var han bland annat förste sekreterare i Landstingsförbundet, landstingsdirektör i Kopparbergs län, statssekreterare vid Civildepartementet samt generaldirektör och chef för Statskontoret.

lades och – viktigast – frigjorda och nytillkomna resurser satsades på regionala tillsynsenheter.

Och metodiken förändrades. ”Tillslag” utan förannonsering gjordes på ett antal akutmottagningar. Lyckan var begränsad när tillsynsfolket kallade in bakjouren från pågående middagsbjudning för att möta en tillsynare som med klockan i hand noterade tiden för inställelsen.

Vi åkte ut i landet och gjorde breda analyser av social och medicinsk verksamhet och lyfte fram resultaten i för alla lärorika ämnesseminarier. Alla de som var vana vid att Socialstyrelsen var en rödfärgad militärförläggning på Östermalm upptäckte till sin förskräckelse att vi fanns i Kalmar, Gävle, Sundsvall, Luleå och många andra platser. Och vi förstod att ute i verkligheten fanns mycket att lära och påverkas av och som inte stod i några författningssamlingar.

En del av lärostoffet fanns också utanför gränserna. Socialstyrelsen fick se sin GD i presidentstolen vid Världshälsomötet i Genève. Höjdpunkten där var Sydafrikas återinträde i världshälsogemenskapen – något som krävde påhittighet och manipulativ förmåga.

De nio åren i Socialstyrelsen blev minnesvärda för mig inte minst därför att så många vänskapsband knöts. Min respekt blev stor för de många kunniga och engagerade medarbetarna.”

Gd 1998–2004

Kerstin Wigzell
Född i Nora. Började i unga år som socialassistent på bland annat socialbyrå och narkomanvårdsbyrå. Handläggare i Solna kommun, på Svenska Kommunförbundet och i Statens Handikappråd. Departementsråd på Socialdepartementet samt regeringens särskilda utredare på olika områden. Överdirektör på Riksförsäkringsverket samt generaldirektör på Ungdomsstyrelsen innan hon utsågs till generaldirektör för Socialstyrelsen. Var vid två tillfällen anställd på Socialstyrelsen innan hon blev generaldirektör – som byråchef och som överdirektör.

Kerstin Wigzell

”Jag vill att Socialstyrelsen alltid ska kunna respekteras för sin integritet, sitt expertkunnande, sitt etiska förhållningssätt och sin öppenhet. Integritet genom att man följer lagstiftningen och det samlade vetande som finns om olika förhållanden. Expertkunnande genom att myndigheten befolkas av experter, som både har egen erfarenhet och kunnande och samtidigt vet var den bästa och senaste kunskapen kan hämtas. Öppenhet och etiskt förhållningssätt genom att man ständigt lyssnar på och delar med sig av sitt vetande samt samarbetar med och ger god service till patienter, brukare, praktiker och forskare.

Min uppfattning var, och är, att Socialstyrelsen i stort sett har närmast berördas och allmänhetens förtroende på de här punkterna.

Jag har också blivit ombedd att lyfta fram något från min egen tid som generaldirektör. Omöjligt. Så många vitt skilda frågor, beslut som skulle fattas och saker som måste undersökas. Stort och smått om vartannat, vetenskap, etik, lagstiftning och ekonomi. Nya bollar och nya insikter varje dag. Ett spännande arbete.

Men en sak kan nog sägas. Jag var den första generaldirektören med långvarig och bred erfarenhet av socialtjänstfrågorna. Detta satte sin prägel på mycket av mitt och Socialstyrelsens arbete och gav också resultat. Främsta exemplet här är större praktiskt och politiskt engagemang kring utvecklingen av socialtjänstens kunskapsbas.”

Vid invigningen av Socialstyrelsens nya lokaler vid Västerbroplan 1999 deltog även tre av Kerstin Wigzells föregångare på Gd-posten: Claes Örtendahl, Barbro Westerholm och Bror Rexed.
Foto: Per Adolphson

Kjell Asplund

”Under 2000-talet mjuknade Socialstyrelsen. Stödjande tillsyn, kunskapsstyrning, dialog och samarbete blev några av ledorden.

Socialstyrelsens tillsyn kunde uppfattas vara formalistisk och repressiv. Att jaga små hål i patientsäkerheten och täppa till dem, var det tillräckligt? Skulle inte fler vårdskador undvikas om tillsynen var stödjande och Socialstyrelsen främjade patientsäkerhetsarbetet i stort? Tillsynen utvecklades i den riktningen.

Tillsynen av socialtjänsten låg på länsstyrelserna samtidigt som Socialstyrelsen tillsynade samma verksamheter utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Var det ändamålsenligt? Och var kvalitetsskillnaderna i länsstyrelsens tillsyn acceptabla? Efter en viss maktkamp överfördes den sociala tillsynen till Socialstyrelsen. Från en dag till en annan tillkom flera hundra nya medarbetare. Tillsynen har nu vandrat vidare och blivit en självständig myndighet. Under samhällets tryck har också pendeln svängt tillbaka mot det mer repressiva.

Kunskapsstyrning och öppna jämförelser

Under 2000-talet kom nationella riktlinjer och öppna jämförelser att paketeras som kunskapsstyrning. De nationella riktlinjerna omfattade inte bara de viktigaste sjukdomsgrupperna utan också områden som engagerade både sjukvård och socialtjänst, t.ex. missbruk och demens. Riktlinjerna, som också innebar att olika åtgärder prioriterades mot varandra, byggde i långt större utsträckning än tidigare på vad som var vetenskapligt dokumenterat. Inom socialtjänstområdet stärktes det arbetet genom att CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete) och IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) byggdes upp inom Socialstyrelsen.

Att mäta verksamheters processer och utfall med hjälp av kvalitetsregister var något nytt, att dessutom öppet jämföra resultaten verksamhet för verksamhet var än mer radikalt. Och att samarbeta nära med huvudmännen kring detta krävde en viss mental omorientering. Socialstyrelsens ledning turnerade flitigt, besökte alla landsting och träffade de allra flesta av landets kommuner. I dessa dialoger var kvalitet det gemensamma temat.

Andra blandade minnen

Det hände att Socialstyrelsen misslyckades, ibland grovt. Vi var en av de många samhällsinstanser som hanterade kaoset efter tsunamin 2004 på ett förfärande valhänt sätt. När än fler svenska medborgare drabbades i Libanonkriget ett och ett halvt år senare hade vi lärt oss åtskilligt om att ta hand om svenskar som drabbas storskaligt av katastrofer i andra länder, i alla fall så pass hjälpligt att ingen längre minns vilka utmaningarna då var.

I kampen mot krångel i vård och omsorg vann vi några smärre delsegrar. Antalet föreskrifter och allmänna råd minskade och vi försökte göra dem begripligare. Men vi stod oss slätt mot den svallvåg av krångel som huvudmän, konsulter, vårdprofessionerna och vi själva drev fram.”

Gd 2004–2008

Kjell Asplund
Född i Umeå. Utbildad till läkare vid Uppsala universitet. Disputerade 1972 i histologi och blev påföljande år docent i samma ämne samt 1981 docent i medicin vid Umeå universitet. Var bland annat professor i medicin vid Umeå universitet och överläkare vid Norrlands universitetssjukhus innan han 2003 blev överdirektör på Socialstyrelsen och året därefter generaldirektör.

Gd 2008–2015

Lars-Erik Holm
Född i Jämtland och växte upp i Uppsala. Blev legitimerad läkare 1975 och docent i allmän onkologi 1982. Arbetade fram till början av 1990-talet på Radiumhemmet. Deltog som medicinalråd i uppbyggnaden av Folkhälsoinstitutet och blev avdelningschef med ansvar för bl.a. frågor om cancer, hjärt-kärlsjukdomar, tobak, kost, motionsskador och allergi. 1996–2007 var han generaldirektör för Statens strålskyddsinstitut. Har varit ledamot och ordförande i Internationella strålskyddskommissionen och olika organisationer i FN inom strålskyddsområdet.

Lars-Erik Holm

”Kunskapsstyrning

Det är framför allt två saker jag vill lyfta fram, dels den systematiska kunskapsstyrningen, dels insatserna för personer som är transsexuella. Under min tid som generaldirektör fortsatte utvecklingen av kunskapsstyrningen. Produktionen av såväl nationella riktlinjer som föreskrifter inleds med systematiska genomgångar av kunskapsläget och problemanalyser. Dessutom togs fler nationella kvalitetsindikatorer fram och senare också nationella målnivåer. Genom de nationella riktlinjerna bidrar Socialstyrelsen till att skapa god vård och omsorg för alla på lika villkor. I de nationella uppföljningarna och utvärderingarna kan man jämföra kvaliteten mellan olika kliniker i landet, och det driver på kvalitetsarbetet. Systematiken med kunskaps- och problemanalys, nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer och transparensen vid uppföljningar och jämförelser mellan olika landsting och kliniker är fortfarande unik i sitt slag. Socialstyrelsens kunskapsstyrning väcker stort intresse också internationellt.

Insatser för transsexuella

Socialstyrelsens insatser för transsexuella är den andra frågan jag vill lyfta fram. Vi kunde konstatera att samhällets regler försvårade transsexuellas liv och anpassning till det nya könet. Vården som erbjöds dem var ojämlik och många fick vänta i åratal på att få hjälp. På mitt uppdrag kartlade före detta riksrevisorn *Karin Lindell* vården för transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Hennes rapport visade på en mångfald problem och att de ofta känner sig kränkta i de första kontakterna med vården. I en skrivelse till regeringen föreslog Socialstyrelsen en rad åtgärder baserade på utredningens förslag, bl.a. slopande av steriliseringskravet, regional samverkan kring specialistteam för utredning och vård av transsexuella och nationella vårdprogram, kunskapsöversikter och förbättrad patientinformation. 2013 ändrades 1 § i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall och i mars 2013 la regeringen en proposition med förslag på att ta bort steriliseringskravet ur könstillhörighetslagen. Förslaget röstades igenom i riksdagen och den 1 juli 2013 gick lagändringen igenom. Detta tack vare Socialstyrelsens arbete!

För att bidra till att utveckla vården tog Socialstyrelsen också på uppdrag av regeringen fram informationsmaterial till personer med könsdysfori och mer omfattande kunskapsstöd till personal som möter personer med könsdysfori i sitt arbete.”

Olivia Wigzell

”När jag tillträdde hade myndigheten fått ett nytt uppdrag genom en ny instruktion. Vi skulle inrikta oss på kunskap och att stödja och främja en god hälso- och sjukvård och socialtjänst. Jag har haft fokus på resultat och på att det krävs samarbete med brukare, professioner, huvudmän, civilsamhällets organisationer och privata sektorn för att klara vårt uppdrag. En viktig del har varit att få den statliga förvaltningen att gå i takt och bli mer behovsbaserad. 2015 kom en ny förordning som anger att Socialstyrelsens GD är ordförande för ett råd bestående av nio olika myndigheter på områdena socialtjänst och hälso- och sjukvård. Jag hade också ett uppdrag att verka för att myndigheten har en säker och effektiv handläggning av legitimationsärenden, där Socialstyrelsen under många år hade haft långa väntetider.

Min första tid som generaldirektör präglades av flyktingsituationen. För Socialstyrelsen handlade det om att arbeta snabbt och resultatinriktat för att stödja socialtjänsten och hälso- och sjukvården i mottagandet av de 163 000 människor som 2015 sökte asyl i Sverige. Det innebar utmaningar för både kommuner och landsting. Ett bra mottagande krävde samverkan mellan olika aktörer. Staten, landsting, kommuner, privata aktörer och det civila samhället samarbetade på olika nivåer och Socialstyrelsen arbetade snabbt och flexibelt under den akuta situationen.

Kunskapsstöd och kunskapscentrum

Socialstyrelsen har bl.a. löpande följt utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården och gjort fördjupade analyser kopplade till flyktingsituationen. Därutöver har myndigheten tagit fram kunskapsstöd i form av t.ex. handböcker, vägledningar och webbutbildningar. Vi inrättade även en stödtelefon för socialtjänsten, publicerade information till ensamkommande barn om vad som händer under den första tiden i Sverige samt genomförde regellättnader, för att öka flexibiliteten.

Ett år senare inrättandet vi ett Nationellt kunskapscentrum för ensamkommande barn på Socialstyrelsen. Kunskapscentret ska stödja yrkesverksamma som möter och arbetar med ensamkommande barn och unga. Myndigheten lanserade även en ny webbplats, mininsats.se, som syftar till att stödja kommunerna i rekryteringen av privatpersoner till uppdrag som exempelvis god man, kontaktperson eller jourhem. Viljan att ta sig an dessa uppdrag är stor och manifesterades under flyktingsituationen.

Enklare legitimationsprocess

Socialstyrelsen har arbetat fram en enklare och mer enhetlig legitimationsprocess för personer som utbildats i ett land utanför EU och EES. Handläggningstiderna var tidigare långa, men vi genomförde ett omfattande arbete för att korta dem och processen är nu tydligare och effektivare. På så sätt har myndigheten bidragit till att nyanlända kan etablera sig snabbare på arbetsmarknaden. Information på arabiska och engelska och uppsökande verksamhet har också varit en viktig del i satsningen. Vi har förbättrat servicen till den enskilda markant, bland annat genom nya digitala tjänster. Det gäller även för dem som utbildats inom Sverige och inom övriga EU-länder.

Gd 2015–

Olivia Wigzell
Född i Stockholm och uppvuxen i Uppsala. Inledde arbete i Stockholms stad. Var under tio år förtroendevald politiker (S), bland annat som landstingsråd i Stockholms läns landsting och borgarråd i Stockholms stad. Därefter har hon varit sekreterare i Ansvarskommittén, enhetschef vid Socialstyrelsen, departementsråd och chef för Socialdepartementets enhet för hälso- och sjukvård och folkhälsa och generaldirektör för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hon har även varit ordförande för arbetsgrupper i EU, suttit i WHO:s styrelse och är ordförande för Hälsokommittén i OECD.

Stöd, samverkan och strategisk utveckling

Socialstyrelsen har utvecklat sitt arbete vad gäller stöd och samverkan i syfte att skapa mer nytta och nå de resultat vi strävar efter. Flera områden har gått framåt, bland annat genom god samverkan. Det gäller donationsfrågorna, det gäller arbetet för att minska våld mot kvinnor och arbetet med nationella riktlinjer. Vi har formerat två strukturer för att stödja kunskapsutveckling och implementering inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården, tillsammans med de regionala strukturerna för stöd och samverkan samt landstingen. Myndigheten är öppen mot omvärlden och utgår, som alltid, från kunskap och fakta i arbetet. Vår statistik och våra analyser är en grund för beslutsfattare och det offentliga samtalet.

Jag vill också nämna vårt arbete med krisberedskap, som vi lyft fram i myndighetens strategiska arbete, inte minst beroende på omvärldsanalysen, det internationella arbetet, vårt arbete med att samordna de nio myndigheterna genom Rådet för styrning med statlig kunskap och arbetet för att digitalisera verksamheten och för att verka för e-hälsa inom vård och omsorg, enligt den nationella strategin. Myndighetens breda insatser för socialtjänsten har drivits framåt vad avser nationell informationsstruktur, metoder, kunskapsbaserad socialtjänst, uppföljning och analys samt stöd till professionerna på en rad olika sätt.

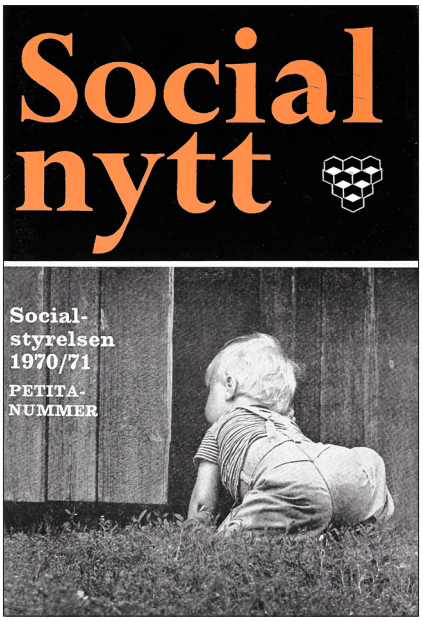
Den strategiska färdplanen, som myndigheten arbetat med från och med våren 2016, tolkar myndighetens uppdrag och omfattar alltifrån kunskapsbaserad socialtjänst till krisberedskapsarbete och e-hälsa. Den visar även hur vi ska utvecklas internt genom att ha högt i takt, arbeta med ett ständigt lärande och på ett innovativt sätt samt samverka internt. Socialstyrelsen bärs upp av alla kunniga medarbetare. Djup kunskap och engagemang präglar myndigheten.”

17. Reflexioner

Detta blev en besynnerlig bok. Var finns en samlande linje, en inriktning, något som håller ihop innehållet till något enhetligt? Varför så rapsodisk rapportering en gång och så mångordig en annan gång? Varför alla dessa siffror? Varför upprepningar av data år efter år? Hur sanna är de, dessutom? Varför händer det så lite om siffrorna pekar åt fel håll år efter år? Dessa tjocka rapporter – framtagna av personer med hög kompetens – vem läser dem? Och, om någon läser, vad ledde det till? Dessa avskräckande exempel på hur det inte får gå till – vad hände efter att Socialstyrelsen varit där? Hur mycket kan en myndighet ändra på en befolknings levnadsvanor? Hur mycket vet vi om nyttan med allt som produceras? Går det att mäta myndighetsnytta? Vad är en myndighet, egentligen? Är Socialstyrelsen opartisk? Självständig? Vilka är målgrupperna? För många? Kom socialtjänst och hälso- och sjukvård att förenas i gemensamma mål genom sammanslagningen 1968? Var det verkligen bra att plocka ut bit efter bit ur Socialstyrelsen och skapa nya myndigheter? Blev det bättre – effektivare? Vet vården skillnaden mellan en föreskrift, ett allmänt råd, ett meddelandeblad?

Kanske går det ändå att besvara en del av frågorna.

Ett är dock säkert. Vi som skrivit boken har haft två spännande år med återblickar, läsning av dokument, skrivarbete, kontroller, strykningar, kontakter med tidigare arbetskamrater och andra som haft betydelse för Socialstyrelsen. Kanske har vi också gett citaten vi hade på våra anslagstavlor under åren på Socialstyrelsen ett ansikte.



Hur ser de kommande femtio åren ut?

Råd till en nyanställd överdirektör på Socialstyrelsen från en avgående avdelningsdirektör:

HERRE, giv mig styrka
att uthärda vad som icke kan ändras,
mod att ändra vad som bör ändras
och vishet att skilja det ena från det andra.
(Variant på sinnesorobönen)

Konstaterande på en informationschefs anslagstavla:

”Nu har jag städat mitt skrivbord
och lagt papper i lådor och fack
och satt utkast och infall i pärmar
så nu är här så propert, ack
nu är här så rent och prydligt
och allt har så snyggt stuvats ner
att redan idag är det tydligt
att jag aldrig hittar det mer.”
(Citat ur Alf Henrikssons Anacka 1980)

En utblick mot 20-talet

Bror Rexed skrev 1991 i ett appendix till den så kallade Vägvalsutredningen en framtidsvision: ”Till synes motstridiga tendenser är delar i den kultur som omsluter människorna år 2020. De får en utbildning bättre än tidigare generationer, och de kommer att sköljas över av information från massmedia och television – ytlig, fragmenterad och ofta kommersiellt laddad – men ändå rik på fakta att sätta ihop till en bild av världen omkring dem.” [393]

18. Personförteckning

Förteckningen innehåller de personer som bidragit med texter som återges på tonplattor i boken och i kapitel 15. Fler röster om Socialstyrelsen. Personerna står i den ordning de medverkar i boken. Uppgifterna gäller framför allt deras anställning eller anknytning till Socialstyrelsen.

Sven-Olof Hedengren, överdirektör 1970–1982. T.f. generaldirektör 1978–79.

Harriet Malmquist, utredare i hälso- och sjukvårdsfrågor 1968–2000.

Carl-Filip Hammar, från 1986 chef för Administrativa avdelningen (från 1990 Administrativa enheten) med uppgift att bl.a. fullfölja etableringen av den regionala organisationen parallellt med uppdrag för Socialdepartementet till 1994.

Suzanne Julin, jurist socialtjänstfrågor 1972–2011.

Kurt Roos, medicinalråd och chef för Socialstyrelsens sjukhusbyrå 1972–1977 och 1979–1983 samt t.f. chef för Avdelningen för akutvård 1978–1979.

Lars Grönvall, jurist på Socialstyrelsen 1973–2008.

Carl-Anders Ifvarsson, överdirektör 1982–1991.

Monica Norrman, anställd på Socialstyrelsen 1986–2014 som utredare, chef för enheter som arbetade med barnomsorgs- respektive utvecklingsfrågor. Från början av 2000-talet till 2014 projektledare och expert på socialtjänstprofessioner.

Göran Johansson, chef för Socialstyrelsens byrå för barn- och familjefrågor 1982–1989.

Claes Sundelin, överläkare för barnhälsovården i Uppsala län och professor i socialpediatrik vid Uppsala universitet till 2004, anlitad som expert på Socialstyrelsen inom barnmedicin under 1970-, 80- och 90-talen samt vetenskapligt råd.

Inger Andermyr, sekreterare vid bland annat verksledningskansliet 1971–2014.

Björn Forsberg, chef för regionala tillsynsenheterna i Jönköping och Örebro 1976–2010. Tjänstledig för regeringsuppdrag vid två tillfällen.

Lars Pettersson, överdirektör socialtjänst 1998–2003.

Håkan Ceder, överdirektör 2004–2011.

Lena Steinholtz Ekecrantz, utredare 1996–2010. Specialsakkunnig i psykiatri. Sekreterare i Socialstyrelsens råd för etiska frågor 2000–2007.

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet. Chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet.

Laila Linnergren-Fleck, chef för Socialstyrelsens folkhälsoenhet 1990–1996 samt Nationella tillsynsenheten 1996–1998.

Ingvar Karlberg, medicinalråd och chef för Socialstyrelsens läns- och regionsjukvårdsenhet 1991–1997.

Gunilla Hult-Backlund, olika chefsbefattningar inom hälso- och sjukvård på Socialstyrelsen 1991–2009.

Måns Rosén, chef för Epidemiologiskt Centrum (EpC) 1992–2006.

Bo Lindblom, avdelningschef Hälso- och sjukvårdsavdelningen 1999–2014.

Ulla Gerdin, utredare och sakkunnig inom området terminologi och informatik på Socialstyrelsen 2000–2012.

Ann-Marie Begler, överdirektör socialtjänst 1991–1997.

Eva Bergström, anställd på Socialstyrelsen 1972–2013 bl.a. som utredare, specialsakkunnig och samordnare. Främst inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Åsa Ekman, Socialstyrelsens verksledningskansli 1986–2013. Bl.a. som controller och kanslichef.

Bo Hjern, VD för Sveriges Läkarförbund 1974–1990, ledamot av Socialstyrelsens styrelse 1981–1992 samt föredragande läkare vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm 1992–2003.

Johny Hultin, anställd på Socialstyrelsen 1975–1979 och 1980–2006 i olika befattningar, bl.a. som chef ca 20 år på olika enheter samt som projektledare.

Ulla Höjgård, anställd på Socialstyrelsen 1991–2015, bland annat som socialråd och chef för Socialstyrelsens äldreenhet.

Nina Rehnqvist, överdirektör hälso- och sjukvård 1995–2003.

Lennart Rinder, medicinalråd och chef för olika enheter på Socialstyrelsen från 1974. Tjänstledig för uppdrag på Socialdepartementet. Chef för regionala tillsynsenheten i Stockholm och senare för Tillsynsavdelningen 1997–2003.

Berit Sepp, administrativa uppgifter på Socialstyrelsen från 1969, huvudregistrator 1980–1992, projektarbete inom arkivet och senare arkivarie 1993–2006.

19. Referenser

1. Myndigheternas skrivregler. Åttonde upplagan. Stockholm: Institutet för språk- och folkminnen – Språkrådet; 2014.
2. Från skrå till myndighet – den slingriga vägen till Socialstyrelsen. http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/socialstyrelsenshistoria
3. Märtha Elvers-Hulth. Medicinalväsendets organisation och historia i Sverige 1663–1967. Underlag till föredrag på socialstyrelsens verksmöte den 10 november 1987.
4. Svensk medicinalhistorisk bibliografi (Medorg). http://medorg.x-refhost.se/lib/SimpleSearch.aspx
5. Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962. Utgiven med anledning av Kungl. medicinalstyrelsens 300-årsjubileum under red. av Wolfram Kock. Stockholm: Nordiska bokhandeln; 1963.
6. Eric Gadelius. Handbok i Medicinal-Lagfarenheten. Tryckt hos Carl Delén i Stockholm; 1804.
7. Sundhetskollegii Underdåniga berättelser 1872. Sveriges officiella Statistik av Helso- och sjukvården.
8. SOU 1993:38. HSU – Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000/Expertrapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000; 1993.
9. Socialnytt, Socialstyrelsen 1982/83 Petitanummer. Socialstyrelsen; 1981.
10. Odd Engström, Stig Lundström och Kristin Ritter. Från Collegium till nytt verk: Tre hundra år med socialstyrelsen; Socialstyrelsen. Ett ämbetsverk. Stockholm: Studentlitteratur; 1970.
11. Bengt Janzon, Malcolm Tottie, Kjell Åkerlund. Socialstyrelsen 10 år. Stockholm: Socialstyrelsen; 1978.
12. SOU 1965:49. Hälso- och socialvårdens centrala administration. Stockholm, Socialdepartementet; 1965.
13. Ny vid läkemedelsavdelningen. Stockholm: Socialstyrelsen; 1974.
14. Medicin – Socialvård. Den nya socialstyrelsen. Särtryck ur Föreningen Sveriges Socialchefers konferenstryck 1968. Socialvården söker nya vägar. Malmö; 1969.
15. SoS nya logo, Intern PM, Socialstyrelsen; 1980-11-03.
16. Olof Petersson, Jonas Fredén. Statens symboler. Stockholm: Maktutredningen; 1987.
17. Analys av logotyp och grafisk profil, Rewir AB; september 2010.
18. Regional Hospital Planning. Current Trends in Health Services. Sweden: The National Board of Health; 1967.
19. SCB:s statistic 2017. https://www.scb.se/hitta-statistik-efter-ämne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik
20. Protokoll över inspektion av socialstyrelsen, Riksdagens ombudsman; 1974-11-04–25.
21. Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer. Slutrapport del 1. Centrala verket, Socialstyrelsen, Översynsutredningen (ÖSoS); 1978.

22. Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer. Slutrapport del 2, Regional organisation, Socialstyrelsen, Översynsutredningen (ÖSoS); 1978.
23. Socialstyrelsen – roll, uppgifter, organisation. Rapport avgiven av beredningsgruppen för socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation. 1979-04-05. Stockholm; 1979.
24. Förslag till ny organisation av socialstyrelsen. Socialdepartementet. Organisationskommittén för socialstyrelsen. 1980-11-28. Dnr 82/80.
25. Information om omorganisationen, nr 12. Internt dokument, Socialstyrelsen; 1982-03-29.
26. Socialstyrelsens årsberättelse 1983/84. Stockholm: Socialstyrelsen; 1984.
27. Socialstyrelsen inför 1990-talet. Rapport 1987:58. Stockholm: Statskontoret; 1987.
28. Socialstyrelsen i förändring, Rapport från socialdepartementets översyn av socialstyrelsens uppgifter och inriktning. Ds 1988:74.
29. Programmet för Socialstyrelsens 20-årsjubileum den 14 november 1988 och Socialstyrelsens personaltidning nr 10; 1988.
30. Verksamhetsplanering i Socialstyrelsen. Intern PM 90-02-05.
31. Rapport till Kerstin Wigzell och Tore Schersten, Socialdepartementet 1990-11-29 inför Utvärdering av Socialstyrelsen den 2 december 1990.
32. SoS 95. Bra blir bättre. Direktiv för intern översyn av Socialstyrelsen.
33. Kerstin Wigzells tal på verksmöte för all personal; 2000-03-08.
34. Årsredovisning 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
35. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård. Socialstyrelsen; 2012. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-37
36. SOU 2012:33 Gör det enklare. Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning. Stockholm: Socialdepartementet; 2012.
37. En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst, Ds 2014:9. Stockholm: Socialdepartementet; 2014.
38. http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/verksamhetsförändringar, 10 april 2017.
39. Myndighetsanalys av Socialstyrelsen 2011:8. Stockholm: Statskontoret; 2010/213-5.
40. http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen
41. https://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/radochnamnder/rattsligaradet
42. http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/socialstyrelsen-strategisk-fardplan-kortversion-2017.pdf
43. Helena Dahlgren. Läkarplaneringen inom HSN. Stockholms stads organisationskonsulter, POF; november 1989.
44. Hälso- och sjukvårdens övergripande struktur och framtid. Stockholm: Landstingsförbundet 1991.
45. SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsutredningen HSU. Socialdepartementet; 1979.
46. Bauer, G och Bergentz, S-E. Lärdomar från sjukvårdens ansvarsnämnd. Lund: Studentlitteratur; 1985.
47. http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/radochnamnder/vetenskapligarad
48. Begåvad & besvärlig. Mats Alinder tillbaka på scenen – och nu vägrar han lämna den. Resumé nr 4; 1994.

49. Ulf Eklund. Brödinstitutets kampanj våren 76. Stockholm den 17 maj 1976.
50. Kost Motion & Hälsa. Socialstyrelsen och Statens livsmedelsverk. Stockholm: Allmänna Förlaget; 1990.
51. Britt Sandquist-Bolin. Bra mat. Ett sätt att leva gott. Socialstyrelsen. Stockholm: Liber/Allmänna förlaget; 1985.
52. https://sv.wikipedia.org/wiki/Fluortant.
53. Nils Östby. Ringarna på vattnet – personliga reflexioner om folkhälsoarbetets utveckling. Stockholm; februari 1999.
54. Bengt Janzon, Malcolm Tottie och Kjell Åkerlund. Socialstyrelsen 10 år. Stockholm: Socialstyrelsen; 1978.
55. Martin Andréasson. Homo i Folkhemmet. Homo- och bisexuella i Sverige 1950–2000. Anamma böcker AB; 2000.
56. SOU 1984:63. Homosexuella och samhället. Utredning om homosexuellas situation i samhället. Stockholm: Socialdepartementet; 1984.
57. Information om homosexuellas rättigheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.
58. Tal av RFSL Stockholms ordförande George Sved vid avslutningen av homo sexuella frigörelseveckan 1990-08-11. Pressmeddelande från RFSL. Stockholm; 1990-08-11.
59. Medborgarnas kunskaper och attityder avseende socialvården. Institutet för marknadsundersökningar AB; februari 1973.
60. Marit Paulsen. Socialhjälpen – den fördomsfyllda rättigheten. Intervjuer inför informationskampanjen om socialvården; 1973.
61. Ur ett intervjuunderlag sammanställt av journalisterna Ingrid och Nils Palm till informationskampanjen om socialvården; 1973.
62. Försöksverksamhet med samverkan mellan socialvården, hälso- och sjukvården och andra samhällsorgan. Information om Socialstyrelsens utvecklings- och försöksverksamhet. UF-verksamhet nr 1/78. Socialstyrelsen PB 1; 1978.
63. Sociala metoder – det s.k. SM-projektet, Information om socialstyrelsens utvecklings- och försöksverksamhet. UF-verksamhet nr 2/77, Socialstyrelsen PB 1; 1977.
64. Karl-Olov Arntsberg. Socialarbetare – en etnologisk analys. Lund: Socialstyrelsen och Utbildningshuset Studentlitteratur; 1989.
65. Ur tystnaden, serien Sociala metoder. Stockholm: Socialstyrelsen, Liber Förlag; 1989.
66. Gunnar Fahlberg, Monica Larsson och Nils Magnusson. Socialtjänstlagarna. Stockholm: Liber; 2016.
67. Håkan Jenner. Att göra nytta eller vara god? Om förhållningssätt i socialt behandlingsarbete. En essä. Lund: Socialstyrelsen och Utbildningshuset Studentlitteratur; 1989.
68. Socialtjänst – en översikt över socialtjänstreformen. Malmö: Socialstyrelsen och Utbildningsproduktion AB; 1981
69. 1981–82 års kampanj om SOCIALTJÄNSTLAGEN utformad vid socialstyrelsens informationsbyrå, ”SoL”-projektet. Socialstyrelsen; 1981.
70. Hur blev det? Hur blir det? Inbjudan till fem konferenser kring socialtjänsten; 1985.
71. Operation socialbidrag. Socialstyrelsen; 1984.
72. Vad tycker klienterna? En rapport från socialbyråprojektet. PM 171/87. Stockholm: Socialstyrelsen; 1987.
73. Ett förslag till allmän hälsokontroll av 4-åringar. Socialstyrelsen redovisar nr 2. Stockholm: Socialstyrelsen; 1968.
74. Lars H. Gustafsson. Leva med barn. Första upplagan gavs ut av Socialstyrelsen. Stockholm: LIC Förlag; 1983.

75. http://www.larshgustafsson.se/?page_id=1861
76. Att starta enskilda förskolor och fritidshem. SoS-rapport 1991:30. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.
77. Myter i välfärden. Från ett föräldraprojekt i Handen. Socialstyrelsen; 1981.
78. Vårdnad och umgänge – Samarbetssamtal och vårdnadsutredningar. Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:2. Stockholm: Socialstyrelsen; 1985.
79. SOU 1972: 26-27. Förskolan del 1-2. Barnstugeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1972.
80. Miljö och material i förskolan, Stockholm: Socialstyrelsen och Lekmiljörådet; 1974.
81. Lokaler & Miljö i förskola och fritidshem. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 1989.
82. Öppen förskola – träffpunkt även i glesbygd. Stockholm: Socialstyrelsen; 1979.
83. Pedagogiskt program för förskolan. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1987:3. Stockholm: Socialstyrelsen; 1987.
84. Pedagogiskt program för fritidshem. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1988:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 1988.
85. Skolverket. Regeringsredovisning 2018-03-23.
86. Pressmeddelande om Socialnytt nr 7/1979.
87. Pressmeddelande om Socialnytt nr 9/1977.
88. Socialstyrelsens årsberättelse 1981/82.
89. Karl Grunewald. Brev till omsorgsnämnderna, dess förtroendemän, chefstjänstemän och föreståndare 1986-07-31. Socialstyrelsen. Dnr 450-200/86.
90. Pressmeddelande om Socialnytt nr 9/1977.
91. Margareta William Olsson och Alvar Svanborg. Gammal eller ung på äldre dar. Malmö: Socialstyrelsen och Utbildningsproduktion AB; 1983.
92. Arbetsterapi för långvårdspatienter, speciellt för dem med åldersdement beteende. PM 17/82. Stockholm: Socialstyrelsen; 1982.
93. Det handlar om människosyn. Rapport från långvårdskliniken i Hudiksvall. Socialstyrelsen redovisar 1984:16. Stockholm: Socialstyrelsen; 1984.
94. God natt – sov gott. Stockholm: Socialstyrelsen; 1985.
95. Att bo på institution. Stockholm: Socialstyrelsen; 1986.
96. Pressmeddelande 6 mars 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom – Sammanfattning med förbättringsområden. Socialstyrelsen; 2018.
97. Exempel på utvecklingsarbeten. PM 1988:25. Stockholm: Socialstyrelsen; 1988.
98. Investera i kvalitet. PM 1988:45. Stockholm: Socialstyrelsen; 1988.
99. Personalförsörjningen inom hemtjänsten. Socialstyrelsen redovisar 1988:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 1988.
100. Antal anställda undersköterskor i hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden. https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/sveriges-vanligaste-yrken/#e3a7e0bb-71e8-423b-9aa8-6b0bd5b2a376
101. Folder om Socialstyrelsens regionala enheter i Stockholm, Jönköping, Örebro, Malmö, Umeå. Stockholm: Socialstyrelsen; 1990.
102. Före starten. Kunskaper och attityder till Socialstyrelsen. Rapport från en intervjuundersökning. Härnösand: Marknadsfakta AB; 1991.
103. Ett år efter starten. Kunskaper och attityder till Socialstyrelsen 1992. Rapport från en intervjuundersökning. Härnösand: Marknadsfakta AB; 1992.
104. Två år efter starten. Kunskaper och attityder till Socialstyrelsen 1993. Rapport från en intervjuundersökning. Härnösand: Marknadsfakta AB; 1993.
105. Lex Maria-anmälningarna tredubblades på sex år. Pressmeddelande nr 28 från Socialstyrelsen; 1995- 04-18.

106. Antalet anmälningar till HSAN 1994.

107. Rafael Lindqvist och Owe Grape. Tillämpning av Lex Maria. En studie i professionell självreglering. Sociologiska institutionen i Umeå. SoS-rapport 1997:19. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

108. Samlat stöd för patientsäkerhet. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/

109. Vad säger mottagarna om Socialstyrelsens information? Intern PM. Pär Alexandersson, Informationsavdelningen. Socialstyrelsen; 1999-05-31.

110. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

111. Crossing the Quality Chasm. Institute of medicine: www.iom.edu.

112. Bättre kan vi! 4:e nationella konferensen om patientsäkerhet. Nu har vi egna siffror. Artikel om Socialstyrelsens kartläggning av vårdskador 2008.

113. Uppföljning av lex Maria. Inspektionen för vård och omsorg. 2017-0404.

114. https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/informationsmaterial/arsredovisning-ivo-2017.pdf

115. SOU 1987:23. Medicinteknisk säkerhet. Utredningen om den medicintekniska säkerheten. Stockholm: Socialdepartementet; 1987.

116. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport; 2012. www.socialstyrelsen.se.

117. Socialstyrelsens aktiva uppföljning. Så får det bli… Verksledning och direktion om aktiv uppföljning. Socialstyrelsen; 1991.

118. Eva Bjaring Molin och Stellan Nilsson. Utvärdering av Aktiv uppföljning. Komrev Sensia; juli 1993.

119. Marie Edholm, Frankie Spjuth, Henrik Wingård och Bengt Åhgren. Bohlin och Strömberg. Utvärdering av Aktiv uppföljning. Slutrapport; 26 augusti 1998.

120. Socialtjänstens årsbok 1993. Stockholm: Socialstyrelsen; 1993.

121. Social rapport 1998. Invandrares socialbidragsberoende. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

122. Hemlöshet 2017 – omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

123. Socialtjänstlagen. Vad gäller för dig från januari 1998? Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

124. Tal av Kerstin Wigzell vid Socialstyrelsens verksmöte den 11 juni 1998.

125. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Folder. Socialstyrelsen; 1996.

126. Kunskapsutveckling inom socialtjänsten – en presentation av projektet för nationellt stöd. Socialstyrelsen; 2001.

127. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016. Kommunala enhetschefer om EBP under ett decennium. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

128. Antalet barn i förskola 2018. Skolverket; 2018-03-12.

129. Statsbidrag till försöksverksamhet. Regeringsuppdrag. Socialdepartementet.

130. SOU 1993:52 Ett samhälle för alla. 1989 års handikapputredning. Stockholm: Socialdepartementet; 1993.

131. Assistanskoll. Statistik o assistansanordnare och personlig assistans 2017. https://assistanskoll.se/assistans-statistik.php

132. Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen. Utredning. Dir. 2016:40. Socialdepartementet; 2016.

133. https://www.scb.se/hitta-statistik/sok/?query=medellivsl%C3%A4ngd&lang=sv

134. Öppna jämförelser vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2016.

135. Socialstyrelsens statistikdatabas 2017. http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/statistikomfallolycko

136. Uppföljning av Äldreomsorgen 1981. Socialstyrelsen; 1981.

137. Färre bor i särskilt boende. Socialstyrelsen; 2016-03-16.

138. Rapport till Bo Könberg, Socialdepartementet. Socialstyrelsen; 1994.

139. Dom passar på mig som vore jag en drottning. SoS-rapport 1991:6. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.

140. Erfarenheter av en ny boendeform. SoS-rapport 1991:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.

141. Svenskt gruppboende unikt i världen. En FoU-sammanställning. SoS-rapport 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.

142. Övergrepp mot äldre i hemmet – ser vi toppen på ett isberg? Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.

143. Att utveckla anhörigstöd. SoS-rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

144. Lennarth Johansson. Caring for the next of kin. On informal care of the elderly in Sweden. Avhandling. Institutionen för Socialmedicin Uppsala universitet; 1991.

145. Värna om anhöriga – Vem stöttar den som hjälper? ”Engångstidning”. Stockholm. Socialstyrelsen; 1998.

146. Socialstyrelsens insatser för stöd och utveckling. Anhörigstöd, Årsredovisning 2000. Stockholm: Socialstyrelsen. 2001.

147. OH-bild läkemedel till äldre. Olof Edhag.

148. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

149. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

150. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende 2011. Socialstyrelsen; 2011.

151. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Socialstyrelsen; 2018.

152. Äldreguiden.
http://oppnajamforelser.socialstyrelsen.se/aldreguiden/Sidor/defaault.aspx

153. Öppna jämförelser 2017 – Vård och omsorg om äldre – Jämförelser mellan kommuner och län. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.

154. Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 172. Stockholm: SBU; 2006.

155. Svenskt Demenscentrum.
http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demens-i-siffror/

156. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

157. Äldreårets fototävling avgjord. Pressmeddelande från Socialstyrelsen nr 63. 1993-10-01.

158. Gerry Larsson, Bodil Wilde och Giggi Udén. Patienters syn på vård. En litteratursammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

159. Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Rapport till regeringen. Socialstyrelsens årsredovisning 2006.

160. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

161. Pressmeddelande efter tillsyn på Polhemsgården. Socialstyrelsen; 1997.

162. Pressmeddelande efter tillsyn på Frodegården; 1997.

163. Rapport från referensgrupp inom Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning; 1981.

164. Sverige som invandrarland. Rapport från Socialstyrelsen; 1981.

165. Integrationsarbete i civilsamhället. Unga och äldre i blickfånget. Socialstyrelsen; 2008.

166. Svenskt medborgarskap. https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/ befolkningsstatistik/ pong/statistiknyhet/medellivslangder-hushallsstatistik-asylsokande-m.m.-2016/

167. Verksmöte mot rasism. Interna dokument. Socialstyrelsen; februari 1992.

168. Gömda barn. www.migrationsinfo.se

169. http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/ensamkommande-barn-och-unga/Sidor/Default.aspx

170. Niklas Westin, Simon Wallengren, Kati Dimiter-Taikon; Charles Westin. Antiziganism i statlig tjänst. Socialstyrelsens behandling av romer och resande under 1900-talet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

171. Vård till papperslösa bör ges utifrån behov. Pressmeddelande 2014-02-28, Socialstyrelsen.

172. I utlandet Sverige. En presentation av kristna flyktingar från Mellersta Östern och Turkiet. Stockholm: Socialstyrelsen; 1979.

173. Inför döden: Om hänsyn till olika religiösa och etniska grupper i sjukvården. Allmänt råd. Stockholm: Socialstyrelsen; 1981.

174. Lisbeth Sachs. Heder och skam. Om sociala relationer i Medelhavsområdet. Socialstyrelsen redovisar 1984:2 Stockholm: Socialstyrelsen; 1984.

175. Kurderna och Kurdistan. PM nr 66/84. Stockholm: Socialstyrelsen; 1984.

176. Integrering – inte isolering. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

177. Valerie DeMarinis. Tvärkulturell vård i livets slutskede. Lund: Studentlitteratur; 1998.

178. Gull Kolman. Våra helger och traditioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 1985.

179. Social trygghet i Sverige. Del av det så kallade invandrarpaketet. Distribuerat av Invandrarverket; 1978.

180. Specialnummer invandrartidningen. Intern PM. Socialstyrelsen; 1985-03-06.

181. Invandrarbarnen i förskolan – Arbetsplan för förskolan. Stockholm: Socialstyrelsen; 1978.

182. SOU 1984:39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. HS 90. Huvudrapport. Stockholm: Socialdepartementet; 1984.

183. Dagmar 50: Mer sjukvård för pengarna. En sammanfattning av Dagmar 50-arbetet. Stockholm: Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Socialdepartementet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut; 1992.

184. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutrapport. Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.

185. SOU 2001:8. Prioriteringar i vården - Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Prioriteringsdelegationen. Stockholm: Socialdepartementet; 2001.

186. Ett principprogram om öppen vård. Socialstyrelsen redovisar nr 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 1968.

187. Principprogram för öppen sjukvård II. Socialstyrelsen redovisar nr 8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1969.

188. Socialförsäkringsutskottets betänkande nr 14, 1972.

189. Nationella planeringsstödet (NPS). Socialstyrelsen. http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/nationellaplaneringsstodet

190. Försök med kommunal primärvård 1992–1998. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:5. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

191. Slutrapport SOCSAM. Stockholm: Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket; 2001.

192. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Primärvård. Version KSH97-P; Socialstyrelsen; 1996.

193. Hälso- och sjukvård. Primärvård. Lägesrapporter 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

194. Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015. PM 2017:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.

195. Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

196. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.

197. SOU 2017:53. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2017.

198. SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.

199. Regeringens proposition 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.; 1990.

200. Ädelreformen. Årsrapport 1994. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:13. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.

201. Äldreuppdraget. Årsrapport 1997. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9. Fem år efter Ädel. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

202. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

203. SOU 2000:86. Den nya läkemedelsförmånen. Slutbetänkande av utredningen om läkemedelsförmånen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.

204. Ädelreformen. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.

205. Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:7. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.

206. Hans Lohmann. Psykisk hälsa och mänsklig miljö. Socialstyrelsen redovisar nr 30. Stockholm: Socialstyrelsen; 1971.

207. Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus. Socialstyrelsen redovisar 1982:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1982.

208. http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/radochnamnder/etiskaradet

209. Välfärd och valfrihet? – Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

210. Vård av självmordsnära patienter. En kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

211. Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention, Karolinska Institutet. https://ki.se/nasp/om-nasp-0

212. Tvångsvården 2008 – Sammanställning av inventeringen den 6 maj 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

213. Socialstyrelsens statistikdatabas. Psykiatrisk tvångsvård. http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard

214. Akut vuxenpsykiatri. Aktiv uppföljning. Socialstyrelsen; 1994.

215. SOU 1978:71 Regionsjukvården Huvudbilaga 1, betänkande. Stockholm: Socialdepartementet; 1978.

216. SOU 1978:72 Regionsjukvården Huvudbilaga 2, betänkande. Stockholm: Socialdepartementet; 1978.

217. SOU 1966:37. De statliga undervisningssjukhusens organisation. 1963 års klinikutredning. Stockholm: Socialdepartementet; 1966.

218. Samordning av den onkologiska sjukvården – onkologiska centras roll och uppgifter. Allmänna råd 1991:6. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.

219. SOU 2015:98. Träning ger färdighet – koncentrera vården för patienternas bästa. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2015.

220. En ny modell för nationell högspecialiserad vård. http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/nuprovasnymodellfornationellhogspecialiseradvard

221. Koncentration av vården. SBU:s upplysningstjänst. https://www.sbu.se/sv/var-metod/fraga-upplysningstjansten/

222. Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.

223. Thoraxkirurgisk verksamhet 1981 – 1985. Expertrapport. Socialstyrelsen; 1981.

224. Kranskärlsoperationer på privata kliniker. www.ucr.uu.se/swedvasc

225. Operationer av grå starr. http://www.kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/grastarr.2309.html

226. Förlossningar och barn födda efter provrörsbefruktningar 1982–1995. SoS-rapport 1998:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

227. IFV i Sverige – Fortsatt uppföljning av barn och mödrar. Läkartidningen 2006-08-07

228. Mammografiscreening – hälsokontroll för tidig upptäckt av cancer. SoS-rapport 1986:3. Stockholm: Socialstyrelsen; 1986.

229. Gynekologisk hälsokontroll – cellprovning. http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojfolkhalsa/gynekologiskcellprovstagning

230. Screening för prostatacancer – Rekommendation och bedömningsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

231. Sjukvård i kris och krig. Omställning och ändrade prioriteringar. VIK/Vårdprinciper i kris och krig. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:1. Stockholm: Socialstyrelsen: 1995.

232. Kunskapscentra katastrofmedicin. http://www.socialstyrelsen.se/krisberedskap/kunskapscentrum

233. Traumavård vid allvarlig händelse; Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

234. Stora busskrascher i Sverige 1997–2007. KAMEDO-rapport 94. KAMEDO. Socialstyrelsen; 2010.

235. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10

236. Samarbete om totalförsvarets sjukvårdssystem. http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/samarbeteomtotalforsvaretssjukvardssystem

237. Information till förskrivare. Så här berörs Du av de nya registren och koderna. Läkemedelsreformen. Broschyr. Socialstyrelsen; april 1997.

238. Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

239. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Aktuell från 1 januari 2015. Fjärde upplagan. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

240. Att mötas i hälso- och sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

241. Min guide till säker vård. https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-3

242. Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017. Rapport 2017:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.

243. Omfattningen av administrationen i vården. Artikelnr. 2000-77-001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.

244. Vårt perspektiv på Socialstyrelsen. En granskning av patient-/klient- och anhörigperspektivet i Socialstyrelsens verksamhet. Granskningsgruppen. Socialstyrelsen; december 2000.

245. https://www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetpersonal/legitimeradpersonal(hosp)

246. Bedömning av tillgång och efterfrågan av personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

247. Utbildningsportalen.http://www.socialstyrelsen.se

248. Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

249. Cancerregistret. En presentation. Stockholm: Socialstyrelsen; 1983.

250. Cancer i siffror 2018. Populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden; 2018.

251. Socialstyrelsen satsar på cancerregistret. Pressmeddelande om Socialnytt nr 4/79. Socialstyrelsen; 1979.

252. http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret

253. Vi har bara börjat. Samlevnadshäfte. Socialstyrelsen; 1984.

254. Abort – ett studiematerial. Socialstyrelsen; 1984.

255. http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter

256. Gudrun Lindberg och Måns Rosén, red. Folkhälsa och sjukvård. Nationellt temaband i serien Sveriges nationalatlas. Gävle: Kartförlaget; 2000.

257. http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret

258. http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/lakemedelsregistret

259. http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/tandhalsoregistret

260. Hur mår Sverige? Dataprogram. Informationsblad. Epidemiologiskt centrum. Socialstyrelsen; 1995.

261. http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/omovanligadiagnoser

262. http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer

263. http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer

264. En svensk medicinsk faktadatabas. Aktuell kunskap och statistik, kvalitetssäkrad och samlad på ett ställe. Socialstyrelsen; 1998.

265. Perinatal dödlighet och medellivslängd. SCB:s statistikdatabas 2018-10-16.

266. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen redovisar 1987:15. Stockholm: Socialstyrelsen; 1987.

267. Folkhälsorapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.

268. Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

269. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.

270. Måns Rosén. Hur kan Folkhälsorapporten användas? Artikeln i Folkhälsonytt. Folkhälsoinstitutets nyhetsbrev Nr 3/97.

271. Folkhälsa och sociala förhållanden – Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.

272. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005

273. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

274. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2013.

275. Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige. Socialstyrelsen; 1993.

276. Uppföljning av Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige Socialstyrelsen; 1996.

277. Social rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.

278. Social rapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

279. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.

280. Miljöhälsorapport 2001. Socialstyrelsen, Institutet för Miljömedicin och Miljömedicinska enheten Stockholms läns landsting. Stockholm; 2001.

281. Miljöhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen och Karolinska institutet; 2009.

282. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen 2009.

283. Bra kan bli bättre. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 i sammandrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

284. Magnus Huss. Redovisning från Serafimerlasarettet: Stockholm; 1863.

285. Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen 2008.

286. Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

287. Den jämlika vårdens väntrum – Läget nu och vägen framåt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

288. Öppna jämförelser – Jämlik vård 2016 – Kvinnors hälso- och sjukvård. Fördjupningsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

289. SOU 2017:48. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2017.

290. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 1994. Stockholm: Landstingsförbundet och Socialstyrelsen; 1995.

291. http://www.kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.htm

292. http://www.kvalitetsregister.se/tjanster/omwebbplatsen/sok.23.html?query=Resultatm%C3%A5tt&submitButton.x=9&submitButton.y=5

293. http://www.kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/kvalitetsregistrenshistoria.2013.html

294. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. InfoVU. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; november 2005.

295. Nationella indikatorer för God vård. Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

296. Nationellt indikatorbibliotek för God vård i primärvården. För öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering. Socialstyrelsen, 2009.

297. Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

298. 145https://skl.se/download/18.5eadaba015ee6d-85938d9a97/1507806015867/%C3%96J%20policy%2020170922.pdf

299. https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajamforelser.275.html

300. https://www.regeringen.se/rapporter/2014/03/s2014.008/

301. http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser?ListingConfig=PublishedListing_DefaultConfig&ConfigID=publishedListingPresenter

302. Blir man sjuk av amalgam? Rapport från Socialstyrelsens expertgrupp. SoS-rapport 1994:21. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.

303. Socialstyrelsens allmänna råd om utredning av patienter med symtom som antagits bero på kvicksilverexponering från amalgam samt om användning av amalgam. SOSFS 1988:9.amalgam. Socialstyrelsen; 1988.

304. Utvärdering av verksamheten vid Amalgamenheten, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Slutrapport från utvärderingsgruppen tillsatt av Medicinska fakulteten, Uppsala universitet.

305. Bemötande av patienter som relaterar sina besvär till amalgam och elektricitet. Allmänt råd från Socialstyrelsen. SOSFS 98:3. Socialstyrelsen: 1998.

306. Information om HIV/AIDS – mål och strategi för samhällets insatser, förslag till ytterligare åtgärder. Rapport från arbetsgrupp tillsatt av AIDS-delegationen. Socialdepartementet; 1986.

307. Människans död. Information till vårdpersonal. Allmänna råd från socialstyrelsen 1987:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 1987.

308. När hjärnan dör, dör människan. Information till allmänheten om lag om kriterier för bestämmande av människans död. Broschyr. Socialstyrelsen; 1987.

309. Regeringsbeslut 17. Medel till Socialstyrelsen för register m.m. avseende organdonation. Socialdepartementet, 1996-12-19.

310. Rapport till Socialstyrelsen. Kampanjrespons ”Donationskampanjen”. BITE; 1996. Uppföljning telefonsamtalen

311. Donationsregistret. http://www.socialstyrelsen.se/donationsregistret

312. Överlevnad i medfödda hjärtmissbildningar. Rapport. Hjärt-lungfonden 2016.

313. SBU:s upplysningstjänst. https://www.sbu.se/sv/var-metod/fraga-upplysningstjansten

314. Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT – Om information och delaktighet för patienter och närstående. Socialstyrelsen; 2016.

315. Barn med uppgivenhetssyndrom – En vägledning för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

316. Ovanliga diagnoser om narkolepsi. http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/narkolepsi

317. Lena Svenaeus. Synnöve Ödegård. red. ”Dialysmålet-ett rättvisans haveri”, i Patientsäkerhet. Teori och praktik, kapitel 5 (1. uppl.).

318. Patientsäkerhet. Teori och praktik. Red. Synnöve Ödegård. Stockholm: Liber; 2013.

319. Carl-Olof Rydén. Livräddarna. Om det framgångsrika tobaksförebyggande arbetet – att lära av och driva vidare. Stockholm: Yrkesföreningar mot tobak; 2007.

320. JO-beslut om Mördande reklam.

321. SOU 1990:29. Tobakslag. Tobaksutredningen. Socialdepartementet; 1990.

322. SOU 2016: 14. En översyn av tobakslagen – Nya steg mot ett minskat tobaksbruk. Tobaksdirektivutredningen. Socialdepartementet; 2016.

323. http://www.tobaksfakta.se/ny-statistik-om-vara-tobaksvanor/

324. ”En vän till Fia”. Vilka drogfilmer tittar eleverna på? Aktion mot droger. Information från Socialstyrelsen; maj 1989.

325. Barns föreställningar om alkohol. Socialstyrelsen redovisar 1982:12. Stockholm: Socialstyrelsen; 1982.

326. Drogmissbruk och föräldraskap. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:6. Stockholm: Socialstyrelsen; 1993.

327. Alkohol och narkotika under graviditet. SoS-rapport 1993:11. Stockholm: Socialstyrelsen; 1993.

328. Silversträngen. En skrift om graviditet och alkohol. Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet; 1994.

329. Ingalill Mosander, Mediabolaget/Studio Frank. Silversträngen. Graviditet och alkohol. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen; 1994.

330. Behandling av narkotikamissbrukare. Socialstyrelsen redovisar nr 31. Stockholm: Socialstyrelsen; 1973.

331. Haschboken. Man måste veta vad man talar om. Socialstyrelsen, Riksförbundet Hem och Skola och Föräldraföreningen Mot Narkotika; 1983.

332. Intervjuundersökning om boken Beroendeframkallande psykofarmaka. SKOP – Skandinavisk opinion ab. Rapport till Socialstyrelsen 16 maj 1991.

333. Jan Ramström. De glömda narkotikamissbrukarna.

334. SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och allvaret. Missbruksutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.

335. Socialstyrelsens föreskrifter om förskrivning av opiater. SOSFS 1983:2; 1983.

336. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

337. Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. HSLF-FS 2016:1; 2016.

338. http://www.socialstyrelsen.se/register/socialtjanstregister/tvangsvardlvm

339. Behandling av spelmissbruk och spelberoende – Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2017-12-20.

340. Kommunala handlingsplaner för våldsutsatta kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.

341. Könsstympning. Broschyr. Socialstyrelsen; 2002.

342. Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor. Socialstyrelsen; 2018.

343. En utredning om Barnmisshandel. Socialstyrelsen redovisar nr 9. Stockholm: Socialstyrelsen; 1969.

344. Barnmisshandel och annan vanvård av barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 1980.

345. Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum. http://www.barnafrid.se/

346. Socialstyrelsen informerar om olycksfall. Byrån för hälsoskydd, Socialstyrelsen. Nr 2 juni 1989.

347. http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/SimpleSearchPage.aspx?q=Yttre%20orsak%20till%20skador%20och%20d%c3%b6d&defqe=hidden:-meta:siteseeker.archived:archived

348. Skador bland barn i Sverige – Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiva handlingar.

349. http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/fallolyckorochlakemedelutgorstorstariskernaforvardskadorinomkommunalahalso-ochsjukvarden Fallolyckor vanligast

350. Skador och förgiftningar behandlade i sluten vård 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

351. Balansera mera – kampanj för att förhindra fallolyckor. http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor

352. Skyddet mot smittsamma sjukdomar. Broschyr. Socialstyrelsen; 1989.

353. Att förebygga infektioner i vården II. SoS-rapport 1998:12. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

354. SOU 1989:76. Att förebygga ALLERGI/överkänslighet. Allergiutredningen. Socialdepartementet; 1989.

355. Hörselskadad på diskotek eller konsert? Socialstyrelsen informerar om Hälsoskydd. Byrån för hälsoskydd, Socialstyrelsen Mötet om ljudnivåer. Nr 5 november 1989.

356. Riktvärdet för ljud. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/af078ffb8b8c41e5ad7c35de0e20420d/fohmfs-2014-15.pdf

357. http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/internationelltarbete

358. Inventering av Socialstyrelsens internationella åtaganden. Intern PM. Kerstin Carlsson, Ulrica Lindblom och Bosse Pettersson. Socialstyrelsen; 2015-03-12.

359. Nämnden för internationella hälsovårdsärenden. Socialstyrelsen 1978/79. Socialnytts petitanummer 1977.

360. Socialstyrelsen 1973/74. Socialnytts petitanummer 1972.

361. https://sok.riksarkivet.se/amnesomrade?postid=Arkis+e5e4bd87-8956-4106-bea2-417b28aac632&infosida=amnesomrade-allmant-och-blandat&flik=1&s=Balder

362. Samarbete om barn och ungdomar Sverige – Finland. Allmänna råd från socialstyrelsen 1983:3. Stockholm: Socialstyrelsen; 1983.

363. Socialstyrelsen 1974/75. Socialnytts petitanummer 1974.

364. Bror Rexed chef för UNFDAC. https://sv.wikipedia.org/wiki/Bror_Rexed

365. 1971 års psykotropkonvention. https://sv.wikipedia.org/wiki/Psykotropkonventionen

366. På utfärd i välfärden – slutet på historien? Claes Örtendals avskedsföreläsning på Socialstyrelsen den 29 maj 1998.

367. http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15466.

368. Herman Lindqvist. Europa är vi allihopa. Stockholm: Månpocket; 1992.

369. Gotlandshuset. http://www.svenskfilmdatabas.se/sv/item/?type=film&itemid=69481

370. Föreskrifter och allmänna råd i EN skriftserie från 1 januari 1996. Intern information. Socialstyrelsen; 1995-10-31.

371. Språkvårdsgruppens verksamhet 1998–2006. Intern PM. Birgitta Eriksson. Socialstyrelsen; 2006-04-02.

372. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20811/2018-2-2.pdf

373. Analys av total pressklippsbevakning på sökordet socialstyrelsen våren 1987. Intern PM. Presstjänsten. Socialstyrelsen; 1987-09-08.

374. Sim sala bim II – så syns vi igen. En sammanställning av Socialstyrelsen i medierna (Sim) under tiden 6 april–6 juni 1999. Intern PM. Peter Andréasson; 22 juni 1999.

375. Sim sala bim IV – så syns vi i medierna. En sammanställning av Socialstyrelsen i medierna (Sim) under tiden 29 augusti–29 oktober 2000 (nio veckor). Intern PM. Peter Andréasson; 2 november 2000.

376. Uppföljning av egna medieinitiativ 2016. Intern PM. Kommunikationsavdelningen. Presstjänsten. Maria Stomrud; 2017-01-09.

377. Socialstyrelsens Publikations, Lager och UtskicksSystem. Bilaga till minnesanteckningar från planeringsdagarna i Saltsjöbaden 12–13 mars 1991. Socialstyrelsen, IM-enheten.

378. Socialstyrelsen behöver ADB. Kortversion av Strategi och handlingsprogram för socialstyrelsens framtida ADB-användning. PM 108/85. Socialstyrelsen; 1985.

379. 1990 års IT-strategi. Socialstyrelsen; 1990.

380. Socialstyrelsens IT-strategi. Socialstyrelsen; 1995.

381. Socialstyrelsens World Wide Web-tjänst på Internet. Intern föreskrift nr 61. Socialstyrelsen; 1996-06-04.

382. Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-18

383. http://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa/valfardsteknik

384. Hälsa på nätet – rapport från arbetsgrupp. Birgitta Wallin, Tillsynsavdelningen. Socialstyrelsen; 2001-01-29.

385. Hälsa på Internet. En granskning av svenska webbplatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.

386. Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

387. Öppna redovisningar av resultat i vård och omsorg – lägesbeskrivning och förslag till utveckling. InfoVU. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2005.

388. På väg mot öppna redovisningar. Nuläge och exempel på stödinsatser för ökad tillgänglighet och användbarhet. InfoVU. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.

389. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. InfoVU. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2005.

390. Nationell informationsstruktur. http://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa/nationellinformationsstruktur

391. Socialtjänstens FoU-DATABAS – om informationsförsörjning och samordning. Intern PM. Socialstyrelsen. Byrån för barn- och familjefrågor. Lars-Erik Lundmark. 88-03-02.

392. Birgitta Eriksson: ”Spännande och lärorikt att arbeta med Bror Rexed”. Artikel på SoS-nätet. Socialstyrelsen; 2002-09-17.

393. Bror Rexed. Förändringens människor. Appendix 2. Vägval. .Appendix. Hälso- och sjukvårdens övergripande struktur och framtid. Stockholm: Landstingsförbundet; 1991.

Året var 1968. Mycket hände i Sverige och världen – Martin Luther King mördades, Tjeckoslovakien invaderades och Kårhuset i Stockholm ockuperades. Och en ny myndighet bildades genom sammanslagning av Socialstyrelsen och Medicinalstyrelsen. Integrering var lösenordet. Hur blev det då? Hur har Socialstyrelsen bidragit till utvecklingen inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd m.m.? Att det varit och är ett omfattande arbetsfält att ”styra”, stödja, bevaka, utvärdera och utveckla råder det inga tvivel om. Men hur har det sett ut under verkets första 50 år? Det har två av Socialstyrelsens tidigare medarbetare, Olof Edhag och Birgitta Eriksson, försökt spegla i denna bok. De har haft god hjälp av ytterligare ett 30-tal tidigare medarbetare och verkets generaldirektörer. Boken ger inte bara en återblick på Socialstyrelsens verksamhet utan speglar också utvecklingen inom svensk socialpolitik och frågor som varit extra mycket uppmärksammade. Följ med på en resa genom 50 år av spännande händelser och utveckling utifrån den verksamhet som Socialstyrelsen varit ansvarig för eller delaktig i. Kanske kan också historien ge kunskap inför framtiden.