

17 Internationella samarbeten med svenska myndigheter efterfrågas - Socialstyrelsens erfarenheter

Kerstin Carlsson

- En tydlig trend är att den globala kunskapsstyrningen inom hälsa och hälso- och sjukvård fått allt större omfattning och tyngd.
- Världshälsoorganisationen och EU är viktiga plattformar där det nationella och globala arbetet möts.
- Att bedriva arbete inom global hälsa utan att känna till de nationella hälsosystemens funktionssätt, och de regler och utmaningar som omgärdar dem, blir allt svårare.
- Områden där Sverige är framgångsrika nationellt är områden där vi kan bidra med kompetens även på den globala arenan.
- Det finns stora värden att hämta i att göra en tätare koppling mellan arbetet med global hälsa och det nationella arbetet. Kompetensen rörande hälsosystemens funktionssätt och utmaningar behöver tillämpas i båda fallen, och Sveriges inflytande och genomslag för viktiga frågor kan bli större.
- Myndighetssamarbete på området global hälsa är mer efterfrågat och skapar ett mervärde även för Sverige. Socialstyrelsen och andra myndigheter kan spela en viktig roll som länk till den nationella nivån.

Myndighetssamarbeten i en alltmer globaliserad värld

Socialstyrelsen bedriver idag ett omfattande internationellt arbete på många olika arenor (Socialstyrelsen, 2024). Det arbetet är en viktig del av Sveriges samlade arbete med global hälsa. Samarbeten inom EU och Världshälsoorganisationen (WHO) är särskilt viktiga. Sveriges internationella engagemang sker ofta inom ramen för våra samarbeten inom det multilaterala systemet, till exempel genom Sveriges medlemskap och representation i olika organs styrelser och arbetskommittéer. Sveriges engagemang inom WHO är ett exempel på hur arbetet med global hälsa inte går att dela upp i å ena sidan bistånd, å andra sidan övrigt internationella engagemang. Att vara aktiva globalt ger oss fördelar, och underlättar för Sverige att fortsätta ligga i framkant när det gäller hälsa, folkhälsa, socialtjänst och innovation. Det är också värdefullt om aktörer inom global hälsa i Sverige har bred kunskap om vad andra aktörer gör – att ”vänster arm vet vad höger arm gör” – särskilt för oss som är ett litet land.

Om Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en statlig, nationell förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst, med anor sedan 1683. På myndigheten arbetar cirka 700 personer. Socialstyrelsen stödjer till exempel utvecklingen av e-hälsa, utfärdar legitimationer, delar ut statsbidrag och samordnar hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarliga händelser. Vi följer utvecklingen inom vården och omsorgen och fångar upp och möter omvärldens behov. Det gör vi för att människor i Sverige ska få tillgång till god vård och omsorg på lika villkor, oavsett vem man är och var i landet man bor.

Internationella samarbeten är inget nytt

Socialstyrelsen har under lång tid samarbetat med myndigheter och organisationer i andra länder för att dela information och erfarenheter inom vård och socialtjänst, både i Sveriges närhet men också på andra håll (Edhag & Eriksson, 2018). Redan 1952 startades Nämnden för internationella hälsovårdsärenden (NIH), som en del av dåvarande Medicinalstyrelsen, och senare som en del av den nya myndigheten Socialstyrelsen 1968.

Från 1975 och framåt förhandlade Socialstyrelsen fram samarbetsavtal med länder som hade avtal med Sveriges regering om samarbete inom vård och socialtjänst. Avtalen skapades för att underlätta informationsutbyte och vetenskapligt samarbete mellan Sverige och de tidigare öststaterna under kalla kriget. De gjorde det också enklare att ordna internationella besök och få visum beviljade, eftersom ett regeringsavtal gav extra tyngd. Särskilda ”landhandläggare” skötte dessa samarbeten. Verksamheten innebar kontakter och utbyte av framför allt medicinsk kunskap mellan länder. Det övergripande ansvaret låg hos Socialdepartementet.

Samarbeten fanns tidigt med WHO, men också med Europarådet, som hade stipendier för medicinska och sociala utbyten. Det förekom även samarbeten med UD:s pressrum, Svenska Institutet, svenska och utländska ambassader i Sverige, samt direkta bilaterala samarbeten mellan experter från olika länder.

Exempel på landsarbeten:

- Polen 1975–2005
- Ungern 1978–2003
- Tjeckien och Slovakien 1994–2004
- Ryssland – avtal om ett samarbete inom miljöhälsa tecknades 1995, efter tidigare samarbeten med Sovjetunionen.

Det förekom även samarbete mellan Socialstyrelsen och systermyndigheter i Finland, f.d. Jugoslavien och i DDR, och det fördes diskussioner om samarbeten med Turkiet och de baltiska staterna. Exempel på aktiviteter inkluderar expertutbyten, gemensamma seminarier, deltagande i internationella konferenser och stöd till olika föreningar som Barnläkarföreningen och Föreningen Sveriges Socialchefer. Inom ramen för samarbetet med Polen under budgetåret 1992/93 genomfördes till exempel en resa till Polen för utbildning av mammografipersonal och ett besök från Polen om cancerregistrering.

Socialstyrelsen samarbetade även med WHO och deras stipendiatprogram för att främja utbyte mellan medlemsländer. Enligt en rapport från 1991 kom de flesta besökare i programmet från Kina, Egypten och Indonesien, och vanliga teman var narkotika, hiv/aids, äldreomsorg och funktionshinderfrågor. År 1990 organiserade Socialstyrelsen 60 WHO-program.

EU-medlemskapet förändrade allt

Efter kommunismens fall minskade betydelsen av de flesta gamla samarbetsavtalen (Kato, 2004). Redan 1992 bedömde Socialstyrelsen att de politiska förändringarna krävde en omprövning av avtalen, och man kontaktade Socialdepartementet för att diskutera deras framtid (Jungstedt, 1992). Socialstyrelsen beslutade till slut att de avtal som fanns kvar inte aktivt skulle förnyas eller förlängas¹. När de tidigare öststaterna gick med i EU 2004 förändrades situationen ytterligare. I ett PM från år 2000 noterade Socialdepartementet att avtalen efter Berlinmurens fall blivit alltmer föråldrade, eftersom samarbetet mellan länderna nu utvecklades naturligt mellan fria och demokratiska stater. År 2005 föreslog Socialstyrelsen till regeringen att samarbetet inom hälso- och sjukvårdens område skulle

¹ 2006 (dnr 02-282/2006), 2005 (dnr 02-826/2005), 2004 (dnr 02-37/2004), 2003 (dnr 02-13/2003), 2002 (dnr 50-1158/2001), 2001 (dnr 15-136/2001), 2000 (dnr 15-1259/2000).

avformaliseras. I stället skulle utbytet ske på samma sätt som med övriga europeiska länder, utan särbehandling.

EU-medlemskapet har medfört stora förändringar för vård och omsorg i Sverige, inte minst på grund av den regelgivning och standardisering det medfört. Nu finns det lagstiftning och gemensamma bindande regler på en mängd områden inom EU för att underlätta för medlemsstaterna att hantera problem av gränsöverskridande karaktär. Dessa regler införlivas i den nationella lagstiftningen och arbetssättet. Det hör snarare till vanligheterna än ovanligheterna att myndigheter, vårdgivare och patienter befinner sig i en miljö där överstatliga eller mellanstatliga regler präglar vårdssituationen.

Redan genom Romfördraget 1957 gavs Europeiska gemenskapen en viss roll i hälsofrågor, inte minst kopplat till den fria rörligheten av patienter och hälso- och sjukvårdspersonal och relaterade (vård-) tjänster men även kopplat till strålskydd och arbetsmiljöfrågor. Single European Act 1986 underströk också gemenskapernas roll i fråga om produktsäkerhet, arbetsmiljö och hälsa, inte minst hälsoskydd. Som en följd av Maastrichtfördraget 1992 fick EU en tydligare roll inom hälsa och hälsoskydd som skulle genomsyra även andra politikområden, som folkhälsa, smittskydd och sjukdomsförebyggande arbete. Genom artikel 152 i Amsterdamfördraget 1997 fick EU en tydlig och bred roll i hälso- och sjukvårdsfrågor. Då ritades en bred karta upp där unionen gavs mandat att, som komplement till de nationellt styrda hälso- och sjukvårdssystemen, bidra till bättre folkhälsa, förebygga sjukdom och ohälsa och undanröja faror för människors hälsa.

Den inre marknaden och dess fyra friheter för rörlighet (varor, kapital, tjänster och personer), som härstammar från EES-beslutet 1994, har fått stor påverkan på hälso- och sjukvårdens område (Cucic, 2000). Den fria rörligheten för varor har medfört fullharmoniserad reglering på EU-nivå, inte minst för läkemedel och medicintekniska produkter, och motsvarande tillsyn på EU-nivå genom den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) för frågor rörande

farmakovigilans. Regler har också tagits fram för produkter med mänskligt ursprung, som blod, vävnader och organ, där det finns bindande regler och standarder inom unionen som har företräde framför svensk rätt.

Den fria rörligheten för personer har medfört harmoniserade högskole- och universitetsutbildningar och examensbevis och automatiskt erkännande av yrkeskvalifikationer inom unionen, bl.a. för personer med hälso- och sjukvårdsutbildning. Detta har medfört en ökad rörlighet för både utbildad arbetskraft men också av patienter, som genom patientrörlighetsdirektivet 2011 gavs rätt att söka vård i andra EU-länder med allt vad det innebär av information om rättigheter och skyldigheter.

EU:s roll i arbetet med global hälsa

I och med att EU-kommissionen har mandat att lägga fram förslag till nya regler för att förbättra folkhälsa, minska smittspridning och sjukdomsburda så har det också medfört att svensk hälso- och sjukvård, liksom det globala samarbetet om hälsa, behöver ta hänsyn till, och avstamp från, både det nationella arbetet med att arbeta med frågorna och det unionsgemensamma arbetet för att vara som mest effektivt. Inte minst så utgör EU-samarbetet en slags grund även för det arbete som EU:s medlemsstater bedriver på global nivå, både utifrån en värdegemenskap men även utifrån de regler som blivit gemensamma och som ofta ses som ”good practice” och standard-sättande.

2022 kom EU:s globala hälsost strategi som Louise Bengtsson skriver mer om i kapitel 8 i den här antologin. Där beskriver man också områden där EU:s interna och externa politik har bäring på global hälsa, inklusive den politik som bedrivs nationellt i medlemsländerna. Sverige bidrag till EU:s gemensamma arbete med global hälsa kan stärkas utifrån nationellt förankrad kompetens och erfarenhet, särskilt inom områden där Sverige är starka som till

exempel inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och antimikrobiell resistens.

En annan aspekt av EU-arbetet för hälso- och sjukvården är att det skapar möjligheter för nya samarbetsformer för att lösa enskilda länders problem. Ett exempel är arbetet med att upptäcka och behandla sällsynta sjukdomar² och tillhandahålla högspecialiserad vård. Det är resurskrävande verksamheter för de flesta länder i världen.

Sällsynta sjukdomar och högspecialiserad vård – ett område som kräver internationellt samarbete

EU-samarbetet har möjliggjort samverkan kring sällsynta sjukdomstillstånd och högspecialiserad vård. De europeiska referensnätverken (ERN) utgör ett komplext samarbete mellan mer än 900 experter som samarbetar för att ställa diagnos på patienter över hela EU och bidra till att de får den vård de behöver, utan att patienterna behöver resa över gränserna. Nätverken är virtuella och patienterna knyts samman med över 1 600 medverkande vårdenheter och drygt 400 olika sjukhus över hela EU.

Samarbetet är också en god modell för hur komplexa vårdbehov kan lösas genom internationella samverkansstrukturer. Att kunna lösa utmaningar som dessa kräver samverkan och kunskap både inom och mellan länder. Dessa erfarenheter går att tillämpa även på samarbeten utanför unionens gränser, på liknande utmaningar.

² Enligt den europeiska definitionen av en ”sällsynt sjukdom” är det en sjukdom som färre än fem av 10 000 invånare har. https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/rare-diseases_en

Global kunskapsstyrning får allt större betydelse

En tydlig trend som Socialstyrelsen kan notera är att den globala kunskapsstyrningen fått allt större omfattning och tyngd. Det är inte längre enbart varje lands nationella politik och arbete med vetenskap och beprövad erfarenhet som vägleder hur hälso- och sjukvård ges, utan i allt högre grad den kunskap som genereras i internationella sammanhang som ska genomföras på nationell nivå. En särskilt tydlig utveckling kan noteras inom WHO, vars normerande och kunskapsstyrande roll utvecklats markant sedan grundandet 1947. Organisationen åtnjuter i allmänhet ett stort förtroende bland hälso- och sjukvårdens professioner för sina högkvalitativa kunskapsstöd, kliniska rekommendationer och riktlinjer för vård och behandling samt standarder inom olika områden. Dessa fungerar vägledande för de 194 medlemsstaterna och präglar i olika omfattning hur hälso- och sjukvården ser ut och fungerar i respektive land.

Från Socialstyrelsens perspektiv, som nationell kunskapsstyrningsmyndighet, utgör WHO:s normerande arbete en guldgruva för utvecklingen på nationell nivå, men också en plattform för att nå ut med svenska tekniska och normativa lösningar i en bredare kontext. Det är i sammanhanget viktigt att notera att Sverige har i en internationell jämförelse hög vårdkvalitet, goda utfall av vården och ett omfattande välfärdssystem, och har mycket att bidra med in i globala policyfora. WHO:s kunskapsstyrning används ofta som referens eller grund för nationellt arbete. Kunskapsstyrningen från den globala nivån är en central komponent när det handlar om att bidra till att utveckla hälso- och sjukvårdssystem på nationell nivå. Samtidigt är samarbetet inom WHO en arena för att bidra med nationell kunskap om hälso- och sjukvård in i WHO:s eget arbete. Det finns stora värden att hämta i att göra en tätare koppling mellan arbetet med global hälsa och det nationella arbetet, eftersom kompetensen rörande hälsosystemens funktionssätt och utmaningar behöver tillämpas i båda fallen.

Internationell samverkan rörande kunskapsstyrning och normering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är dock inte begränsat till EU och WHO. Socialstyrelsen företräder antingen Sverige, genom delegation från regeringen, eller sig själv som expertmyndighet, i ett flertal andra internationella organisationer som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor och socialtjänstfrågor, hälsosystemsanalys, hälsostatistik, mänskliga rättigheter på hälso- och sjukvårdens områden och andra relaterade områden. Europarådet är en central organisation inom det här arbetet, med sitt fokus på att värna mänskliga rättigheter, där Socialstyrelsen arbetar både med medicinskt-etiska frågor, att förebygga våld mot kvinnor och våld i nära relation, att motverka tortyr och förnedrande behandling, skydd mot sexuell exploatering av barn, bekämpande av människohandel och skydd för nationella minoriteter. Socialstyrelsen följer upp Sveriges följsamhet till många internationella regelverk inom hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens områden.

Nordiska Ministerrådet är en annan organisation där myndigheten sedan länge har ett brett samarbete, med samverkan både mellan myndighetscheferna i generaldirektörsnätverket för hälso- och sjukvård, omsorg och tillsyn, och genom den s.k. ämbetsmannakommittén för sociala- och hälsofrågor där en mängd olika frågor hanteras, som t.ex. e-hälsa, äldrefrågor, vård för barn och unga, unga som begår brott, psykiatri med mera.

Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och dess hälsokommitté är en viktig samarbetspartner, med relevans för analyser av hälsosystemet och dess funktionalitet, och för framtagandet av hälsostatistik. Vidare finns samverkan inom Östersjöområdet och med Baltikum genom Östersjöstaternas Råd (CBSS) där samverkan i frågor rörande barns hälsa och sociala välbefinnande ofta diskuteras, och samarbetet inom den Nordliga dimensionens partnerskap inom folkhälsa och socialt välbefinnande (NDPHS) som är en internationell samverkansplattform för att stärka professionella kontakter, dela och producera kunskap samt utveckla gemensamma aktiviteter inom folkhälsa och socialt

välbefinnande. I många år har också hälso- och sjukvårdsfrågorna inom krisberedskapsområdet också haft stor tyngd, både inom EU-arbetet men även inom ramen för Nato-samarbetet. Socialstyrelsen har länge representerat Sverige i Nato-samarbetet rörande hälso-relaterad beredskap, vilket kunnat utgöra en god grund för det arbete som måste genomföras efter att Sverige beviljades medlemskap i Nato 2023.

WHO-strategin – ett paradigmskifte

Arbetet med att omsätta den globala kunskapsstyrningen nationellt, och att få effekter och inflytande även på global nivå utifrån den nationella kunskapsstyrningen, underlättas av gemensamma fastlagda strategier, och gemensamma kontaktytor. Regeringen har sedan 2011 en strategi för Sveriges WHO-samarbete, för att bestämma vilka frågor som ska drivas, för att kunna följa upp hur resurser används och vilken effekt det har gett, och inte minst hur Sverige kan bidra till en bättre global hälsa och ett mer effektivt WHO. Den nya WHO-strategin (Strategi för Sveriges samarbete med Världshälsoorganisationen 2021–2025) innebär ett paradigmskifte jämfört med tidigare strategier (Regeringskansliet, 2021). Den innebär att Regeringskansliet, nationella expertmyndigheter och berörda utlandsmyndigheter behöver harmonisera sitt arbete och knyta samman det nationella och det globala arbetet. Likaså ska ett strategiskt, samstämmigt och effektivt påverkansarbete bedrivas i WHO-sammanhang, gemensamt av de berörda departementen och myndigheterna, där Utrikesdepartementet, Sveriges ständiga representation till FN i Genève, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Sida pekats ut särskilt. I övrigt ska civilsamhällesorganisationer, professionsorganisationer, fackförbund, akademiska institutioner, svenska s.k. ”WHO Collaborating Centers” med flera bjudas in och involveras i påverkansarbetet. Det här sker också idag i stor utsträckning.

För första gången har strategin omarbetats så att den ska bidra både till den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken, genomförandet av det folkhälsopolitiska ramverket, den svenska utvecklingspolitiken och Sveriges arbete med global hälsa, i samklang med den svenska politiken för global utveckling och genomförandet av Agenda 2030. Det innebär att arbetet med hälso- och sjukvård och folkhälsa på nationell nivå inte längre kan ses som en separat angelägenhet för nationella expertmyndigheter, utan ska integreras i det arbete som Sverige bedriver även på global nivå. Det i sig förutsätter kunskap om vad som görs på nationell nivå, och hur det görs, och att synergier kan identifieras med det globala arbetet.

Exempel på svenskt inflytande och synergier mellan den nationella och globala nivån

Det finns genom åren en mängd goda exempel på hur synergier mellan det globala och det nationella kan tillvaratas. Några exempel på senare år rör framtagandet av en global handlingsplan om demens, som beslutades 2017. Svensk expertis, som var med i framtagandet av de första nationella riktlinjerna om demens som publicerades 2010, kunde genom ett framgångsrikt påverkansarbete på global nivå föra in unikt svenska perspektiv i den globala strategin, t.ex. att krav på samtycke från patienten vid vård av demens måste inhämtas. Detta perspektiv var inte sedan tidigare beaktat och innebar ett perspektivskifte i hur WHO instruerar sina medlemsstater att utgå från ett patientcentrerat perspektiv i olika sakfrågor. Andra exempel rör den globala handlingsplanen om våld mot kvinnor, flickor och barn där Sverige, genom Socialstyrelsens expertis, framgångsrikt argumenterat för att förutom ett offerperspektiv (som ofta finns där) så måste man sätta in åtgärder för att förövare ska ges vård och stöd för att sluta slå. Detta är också ett perspektiv där Sverige har stor erfarenhet, och en naturlig fråga för vården, omsorgen och socialtjänsten att arbeta med, vilket inte alltid är fallet i andra länder där män som våldsutövare inte ses som en stödbehövande grupp.

Socialstyrelsens påverkan i WHO-sammanhang märks även när det gäller kvinnohälsa. I samband med den nationella kampanjen om endometriosis 2018 så kunde myndigheten framgångsrikt kroka arm med WHO för att uppmärksamma den globala bristen på endometriosis-vård och behovet av global kunskapsstyrning. Sverige var det första landet i världen som publicerat kliniska riktlinjer om endometriosis, och hade dessutom genomfört hälsoekonomiska beräkningar av kostnaderna för sjukskrivning, och även av de psykosociala aspekterna av sjukdomen. Socialstyrelsen fick även granska WHO:s faktablad om endometriosis inför publiceringen 2020.

WHO:s globala rehabiliteringsstrategi, efter ett gediget svenskt påverkansarbete, innehåller också skrivningar om behovet av habilitering och bedömningar av funktionsnedsättning utöver det rena rehabiliteringsbehovet. Även i detta sammanhang är den nationella erfarenheten viktig för att påverka policyutvecklingen på global nivå.

Bred samverkan behövs för att stärka Sveriges roll inom global hälsa

Samverkan med sjukvårdens professioner

Socialstyrelsen har genom sin roll som ansvarig myndighet i frågor om hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst länge haft rollen som svensk kontaktpunkt i professionsnära frågor gentemot olika internationella organ. Myndigheten är nationell kontaktpunkt gentemot WHO i frågor som rör läkare och medicinska frågor, sjuksköterskefrågor samt omvårdnad, tandläkarfrågor samt tandhälsa, och barnmorskefrågor samt kvinnohälsa och reproduktiv hälsa. Tanken med att dessa kontaktpunkter har placerats på Socialstyrelsen är att myndigheten ses som ”en väg in” i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och har ett brett kontaktnät, både för att kunna besvara faktafrågor men även att förmedla kontakter och

lägesbilder. Rollerna Chief Medical Officer (chefsläkare), Chief Nurse/Nursing Officer (chefssjuksköterska) och Chief Dental Officer (chefstandläkare) har funnits på Socialstyrelsen i många år. Syftet var från början att underlätta för WHO att diskutera professionsnära frågor med varje medlemsstat och att få in landets medicinska expertis i policyfrågorna.

I juni 2023 fick myndigheten i uppdrag av Socialdepartementet att inrätta en ny funktion: Chief Midwifery Officer (chefs barnmorska), som kontaktpunkt gentemot WHO i frågor om kvinnohälsa och reproduktiv hälsa med fokus på barnmorskans yrkesutövning. Funktionen fanns sedan tidigare informellt på myndigheten, för att samla kompetens och fokusera insatser, föra en dialog med WHO:s team för sexuell och reproduktiv hälsa och för behovet av kunskap om global kvinnohälsa.

Socialstyrelsen har ett brett kontaktnät och använder sig regelbundet av extern expertis för att genomföra det internationella arbetet inom myndighetens verksamhetsområden. Regionernas och universitetens kliniska expertis utgör en extra resursbas för att Socialstyrelsen ska kunna medverka i samtliga sammanhang där medicinska frågor diskuteras internationellt. Detta möjliggör för Socialstyrelsen att bidra till det internationella arbetet i en mängd medicinska frågor, även om resurser inte finns inom myndighetens egna väggar. Samarbetet med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är också betydelsefullt för att den rätta svenska kompetensen ska kunna användas i varje internationellt sammanhang. Mot bakgrund av Sveriges decentraliserade styrning av hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst är det en nödvändighet att Socialstyrelsen samverkar på samma sätt i de nationella som de internationella frågorna med de aktörer som är berörda. Myndigheten använder sig också sedan många år av sina särskilt utsedda vetenskapliga råd inom en mängd olika medicinska frågor, för att säkra att den mest relevanta medicinska expertisen tillämpas i de sammanhang där myndigheten medverkar.

Samverkan inom Life science mellan myndigheter och företag

Att nå ut på den globala arenan med svenska varor och tjänster inom vård och omsorg, har blivit allt viktigare i vår globaliserade värld. Av det skälet har Socialstyrelsen sedan många år tillbaka samverkan både med stiftelsen Swecare och med Business Sweden, för att tillsammans med svenska företag nå ut med svensk kunskap och erfarenhet i olika länder.

Intresset för svensk hälso- och sjukvård är stort, inte minst eftersom vårdkvaliteten är internationellt sett erkänt hög och utfallet inom de flesta områden är mycket gott. Många svenska företag har spjutspetskompetens inom sina områden och tillhandahålla de bästa lösningarna och den bästa medicintekniska utrustningen. Sveriges historik som starkt inom läkemedelsproduktion och hälsostatistik bidrar också till att svensk life science åtnjuter gott rykte globalt. Socialstyrelsen förekommer ofta i sammanhang där företagens olika lösningar sätts i ett bredare policysammanhang – exempelvis kan myndigheten medverka med information om hur cancervården fungerar, tillsammans med företag som säljer medicinteknisk utrustning för den typen av vård och behandling. Det kan ses som en märklig miljö för en statlig myndighet att befinna sig i, men är ofta efterfrågat just därför att de länder som vill samverka med Sverige också behöver förstå hur produkten eller vården ska ses i ett bredare perspektiv.

Ökat behov av stöd i närområdet och omvärlden

Socialstyrelsen har sedan Rysslands invasion av Ukraina 2022 återkommande donerat medicinsk utrustning i form av hälso- och sjukvårdsprodukter från myndighetens lager. Det har gjorts utifrån återkommande regeringsuppdrag och finansierats via biståndsmedel. För närvarande görs donationer utifrån ett regeringsuppdrag som beslutades i januari 2024 och som ska slutredovisas den 1 februari 2025.

Förutom donationer från Socialstyrelsens egna lager ska Socialstyrelsen enligt uppdraget samordna eventuella donationer från regioner och andra aktörer. Socialstyrelsens uppdrag utgår från förfrågningar som hanteras genom EU:s mekanism för katastrofstöd (ERCC). Dit vänder sig Ukraina med en förfrågan om stöd som sedan skickas vidare i systemet till den svenska kontaktpunkten som är Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap (MSB). MSB skickar sedan förfrågan vidare till Socialstyrelsen (rörande hälso- och sjukvårdsutrustning/läkemedel). Myndigheten gör då en bedömning om Socialstyrelsen eller regionerna har möjlighet att donera det som efterfrågas. Socialstyrelsen samverkar med regionerna vad gäller deras möjlighet att donera.

Vidare har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att samordna framtagandet av ett stödprogram för återuppbyggnaden av Ukrainas hälso- och sjukvård och socialtjänst mot bakgrund av de samarbetsavtal som regeringen (Socialdepartementet) har ingått under år 2023. Önskemålen om stöd som har framförts är omfattande och berör alla former av samverkan – lagstiftning, reformer, teknisk samverkan och kompetensöverföring. Även detta uppdrag, som myndigheten innehar fram till år 2028, innebär ett stort skifte för myndighetens roll och ansvar framåt på den globala arenan. Uppgiften att med biståndsfinansiering utveckla ett program för stöd inom socialpolitikens- och hälso- och sjukvårdens område för att möjliggöra för myndigheter och andra offentliga aktörer, på nationell, lokal och regional nivå, samt deras företrädare, att bidra till kunskapsöverföring och kapacitetsbyggande i Ukraina, är stor och omfattande och ställer nya krav på myndighetens förmåga att samverka, identifiera behov och skapa lösningar som efterfrågas. Vidare ingår i uppdraget att främja myndighetssamverkan för uppbyggnad och reformarbete och bidra till Ukrainas EU-närmande.

Det pågår sedan tidigare även dialoger med Ukraina i andra frågor, som digitalisering av äldreomsorgen, införande av sjukdomsrelaterade klassifikationer (ICD, ICF och ICHI), kompetens-

försörjning inom socialtjänsten (med den svenska Yrkesresan³ som modell) samt rehabiliterings- och funktionsnedsättningsfrågor. Det finns många områden där behoven är stora och där Sveriges kompetens inom vårdkvalitet och patientcentrerad vård samt avinstitutionalisering kan bidra till Ukrainas långsiktiga utveckling på hälso- och sjukvårdens område.

Det finns fog för att anta att Socialstyrelsen framåt, liksom förr i tiden, kommer vara en självklar aktör på den globala arenan. Det ställer också nya krav på myndigheten som innebär att kompetens inom utvecklingsamarbete behöver säkras, samt finansiering för arbetet.

Framtidsspaning

Myndigheter får en mer aktiv roll inom global hälsa

Socialstyrelsen har genom åren haft olika former av mer eller mindre operativa internationella samarbeten, och med tanke på hur global hälsa utvecklas som område är det sannolikt att uppgiften kommer kvarstå för myndigheten. I och med covid-19-pandemin gavs Socialstyrelsen för första gången ett operativt uppdrag att bistå regioner och kommuner med inköp av hälso- och sjukvårdsprodukter och läkemedel för att klara krisen. Myndigheten fick därmed tillfälle att stärka sina operativa förmågor och att gå in med regelrätt stöd till regioner och kommuner. Denna nya uppgift har fått mer långtgående efterdyningar i och med att uppdrag också ges till myndigheten för att säkra läkemedelsberedskap under kriser, utöver uppdraget att förvalta det nationella beredskapslagret tillsammans med Folkhälsomyndigheten.

På den globala arenan arbetar Socialstyrelsen med att samordna Sveriges insats till WHO:s globala Emergency Medical Teams, som vid en hälsokris kan skickas ut på uppdrag för att avlasta vården.

³ Yrkesresan är en nationell satsning på kompetens i socialtjänsten.

Denna roll hänger också samman med det nationella ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom stödstyrkan, som efter beslut av UD och MSB kan skickas ut för att stödja svenskar vid kriser utomlands.

Svenska myndigheter har en viktig roll i utvecklingssamarbetet. Sida stödjer till exempel flera samarbeten mellan svenska myndigheter och deras systerorganisationer i olika samarbetsländer, och den här verksamheten innebär också ett värdefullt lärande för verksamheten i Sverige. Sidans stöd till myndigheter som arbetar med internationellt utvecklingssamarbete är viktigt. Folkhälsomyndigheten har till exempel flera internationella samarbeten och har i oktober 2024 tecknat en överenskommelse med Sida om ett fördjupat samarbete inom global hälsa och utvecklingssamarbete. En del av dessa beskrivs i kapitel 5.

Internationell myndighetssamverkan efterfrågas

Det finns en stor och ständigt ökande efterfrågan på att Sverige bidrar till att stärka global hälsa. I detta arbete har Socialstyrelsen en given roll. Den långa erfarenheten av ”peer-to-peer”-samarbete och tekniskt samarbete behöver för detta syfte också vidareutvecklas till ökad kompetens inom utvecklingssamarbete. Det internationella arbetet inom Socialstyrelsen har under lång tid ökat i omfattning och ett hundratal internationella åtaganden är att betrakta som mer eller mindre permanenta, allt från nätverk till expertgrupper och formella grupper. Det har dock på motsvarande sätt under lång tid saknats öronmärkt finansiering för att myndigheten ska kunna organisera sitt arbete på området. En stärkt dialog mellan Socialstyrelsen, dess uppdragsgivare och Sida för att utveckla samarbetet framåt är för att uppnå syftet helt nödvändig.

Referenser

Cucic, S. (2000). European Union health policy and its implications for national convergence. *Int J Qual Health Care*, 12(3), 217–225.

Edhag, O., & Eriksson, B. (2018). *Socialstyrelsen i takt med tiden? De första femtio åren*. Retrieved from :

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-i-takt-med-tiden.pdf>

Jungstedt, B. (1992). *Bilaterala avtal med Polen, Tjeckoslovakien och Ungern på hälso- och sjukvårdens område*. Socialstyrelsen.

Kato, S. (2004). *Bilaterala avtal på hälso- och sjukvårdens område med Polen, Ungern, Tjeckien och Slovakien – Hemställan om avformalisering*. Socialstyrelsen.

Regeringskansliet. (2021). *Strategi för Sveriges samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) 2021–2025*. Regeringskansliet. Retrieved from : <https://www.regeringen.se/strategier-for-internationellt-bistand/2021/01/strategi-for-sveriges-samarbete-med-varldshalsoorganisationen-who-20212025/>

Socialstyrelsen. (2024). *Vårt internationella arbete*. Retrieved from : <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/internationellt-arbete/>