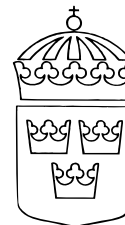


Regeringens proposition

2002/03:35



Mål för folkhälsan

Prop.
2002/03:35

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Harpsund den 19 december 2002

Göran Persson

Morgan Johansson
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

För att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen lämnar regeringen i denna proposition förslag till ett övergripande nationellt folkhälsomål som involverar ett stort antal politikområden i folkhälsoarbetet. Det övergripande målet föreslås vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa.

Folkhälsoarbetets fokus är de samhällsfaktorer som påverkar folkhälsan. Det politiska ansvaret för dessa är fördelat mellan olika sektorer och nivåer i samhället. Ett samlat folkhälsoarbete förutsätter därför aktiva insatser av flera samhällsaktörer och inom flera politikområden. Regeringen föreslår i denna proposition elva målområden och anger inom vilka politikområden det är betydelsefullt att regeringen sätter upp mer detaljerade mål för att det övergripande folkhälsomålet skall nås. Vidare föreslås en ordning för hur uppföljningen skall gå till som möjliggör ett samlat grepp om de insatser som görs eller som behöver göras för att folkhälsan skall förbättras. Folkhälsan är av stor betydelse för samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa bör ingå som en viktig del i arbetet för en uthållig tillväxt, en god välfärd och ett ekologiskt hållbart Sverige. Regeringen kommer regelbundet att i en skrivelse till riksdagen redovisa folkhälsans utveckling i befolkningen och de åtgärder som vidtas för att förbättra denna.

För kommuner, landsting, frivilligorganisationer och andra aktörer visar målområdena på hur de egna verksamheterna kan inordnas i arbetet för att nå det övergripande målet samtidigt som de ger vägledning i arbetet med att formulera mer preciserade delmål på olika nivåer. Regeringen vill betona att detta inte alltid handlar om att formulera nya

mål. Flera av de mål som redan är beslutade för den statliga förvaltningens olika politikområden stämmer väl överens med folkhälsopolitikens syfte. Dessa bör inlemmas i den samlade målstrukturen. Inom politikområdena kan folkhälsoperspektivet tydliggöras ytterligare genom delmål som beslutas av regeringen.

För att stärka folkhälsopolitiken på alla nivåer i samhället bör en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor inrättas med uppgift att verka för samordning på nationell, regional och lokal nivå.

Uppföljningen och utvärderingen av insatserna för en bättre folkhälsa bör bedrivas inom ramen för den befintliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Statens folkhälsoinstitut får i uppgift att samordna detta arbete och att ansvara för den samlade uppföljningen av det övergripande målet.

En särskild utredare bör få i uppdrag att närmare överväga i vilka avseenden befintlig lagstiftning bör ändras för att svara mot det övergripande folkhälsomålet samt överväga former för redovisning till nationell nivå av det folkhälsoarbete som görs på lokal och regional nivå.

1	Förslag till riksdagsbeslut	4
2	Ärendet och dess beredning	5
3	Bakgrund.....	5
3.1	Folkhälsans utveckling	5
3.2	Omvärldsförändringar	13
3.3	Internationellt folkhälsoarbete.....	19
4	Mål för folkhälsan.....	24
4.1	Ett övergripande nationellt folkhälsomål och en sektorsövergripande målstruktur	24
4.2	Ojämligheten i hälsa måste motverkas.....	34
5	Målområden	47
5.1	Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället	47
5.2	Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet.....	50
5.3	Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor.....	53
5.4	Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet.....	57
5.5	Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter ...	60
5.6	Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård	67
5.7	Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning	71
5.8	Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa	75
5.9	Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet	78
5.10	Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel.....	81
5.11	Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande	83
6	Metoder och verktyg	89
6.1	Uppföljning och utvärdering	89
6.2	Forskning och metodutveckling	91
6.3	Utbildning i folkhälsovetenskap och kompetensutveckling.....	94
6.4	Hälsoinformation och hälsokommunikation	96
6.5	Behovet av stöd till det lokala och regionala folkhälsoarbetet	98
7	Ekonomiska konsekvenser.....	104
Bilaga 1	Sammanfattning av slutbetänkandet Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:9).....	105
Bilaga 2	Nationella folkhälsokommitténs lagförslag	113
Bilaga 3	Politikområden och mål redovisade i regeringens budgetproposition för 2003.....	119
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 19 december 2002	133

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2002/03:35

Regeringen föreslår att riksdagen godkänner regeringens förslag

- till övergripande nationellt folkhälsomål (avsnitt 4.1),
- till en sektorsövergripande målstruktur för det samlade folkhälsoarbetet med elva målområden (avsnitt 4.1 samt 5.1-5.11), och
- om att regeringen får bestämma de delmål som skall gälla för detta arbete (avsnitt 4.1).

Regeringen beslutade den 14 december 1995 att tillsätta en kommitté med uppgift att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen (dir. 1995:158). Kommittén antog namnet Nationella folkhälso-kommittén. I oktober 2000 överlämnade kommittén sitt slutbetänkande Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91). En sammanfattning av förslagen i betänkandet finns i *bilaga 1*. De författningsförslag som lades fram i betänkandet finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats och en sammanställning av inkomna remissyttranden finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2000/6667/FH).

I denna proposition behandlar regeringen de förslag till nationella mål som lämnats i betänkandet. De förslag som lämnats i betänkandet avseende vissa ändringar av tobakslagen (1993:581) och om förstärkta åtgärder för tobaksprevention har redan behandlats av regeringen i propositionen Vissa tobaksfrågor (prop. 2001/02:64, bet. 2001/02:SoU8, rskr. 2001/02:235).

Under september 2001 genomförde Socialdepartementet fyra regionala seminarier i Malmö, Göteborg, Umeå och Stockholm. Syftet med seminarierna var att föra en dialog med företrädare för kommuner, landsting och organisationer kring bl.a. framtida nationella mål för folkhälsan. En sammanfattning av de synpunkter som fördes fram vid seminarierna finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2000/6667/FH). Vid utarbetandet av propositionen har de synpunkter som förts fram vid de regionala seminarierna beaktats.

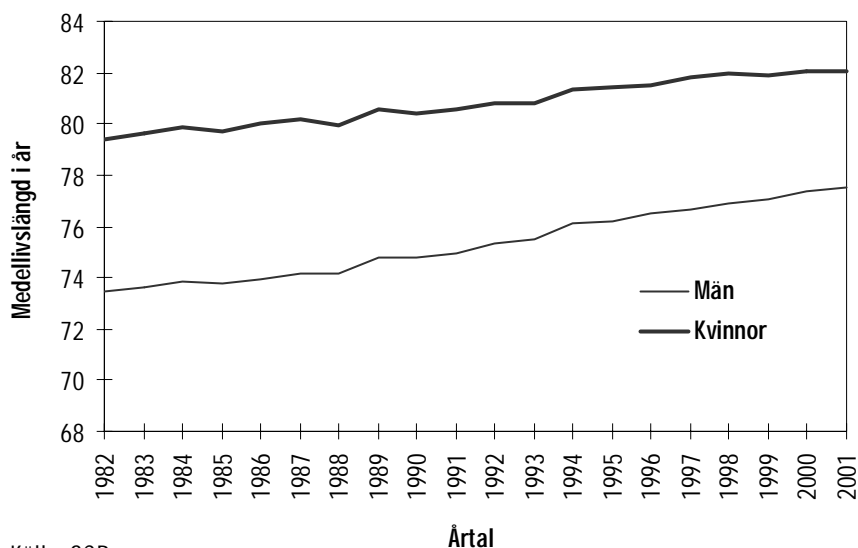
Förslagen i denna proposition bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, vänsterpartiet och miljöpartiet.

3 Bakgrund

3.1 Folkhälsans utveckling

Mätt i medellivslängd och dödlighet har folkhälsan stadigt förbättrats under de senaste årtiondena. Medellivslängden ökar sedan länge i befolkningen och visar inte några tecken till stagnation. År 2001 var medellivslängden för män 77,5 och för kvinnor 82,1 år. Under första hälften av 1980-talet ökade medellivslängden med ett år, vilket är den kraftigaste ökningen under efterkrigstiden. Sedan dess har mäns medellivslängd ökat med 3,3 år och kvinnors med 1,9 år. Utvecklingen av kvinnors medellivslängd kan sägas ha stagnerat vilket har inneburit att skillnaden mellan mäns och kvinnors genomsnittliga livslängd minskat från 6 till 4,6 år.

Ett annat sätt att mäta folkhälsans utveckling är att beräkna dödligheten, dvs. andelen dödsfall under ett år per 100 000 invånare. Detta går att beräkna både för befolkningen i sin helhet med hänsyn taget till åldersförändringar och för avgränsade grupper. Dödligheten minskar för nästan alla socioekonomiska grupper utom för kvinnor i okvalificerade arbetaryrken.



Källa: SCB

I en internationell jämförelse ligger Sverige bland de länder som har den högsta medellivslängden i världen, se tabell 1.

Tabell 1: Medellivslängden i en internationell jämförelse

	2000 Kvinnor	2000 Män
Australien	82,0	76,6
Island	81,4	77,6
Japan	84,6	77,6
Mexico	77,6	73,1
Nederländerna	80,6	75,5
Norge	81,4	76,0
Polen	78,0	69,7
Slovakien	77,2	69,1
Tjeckien	78,4	71,7
Turkiet	70,9	66,2
Ungern	75,6	67,1
Österrike	81,2	75,4
Sverige	82,0	77,4

Källa: OECD Health Data 2002

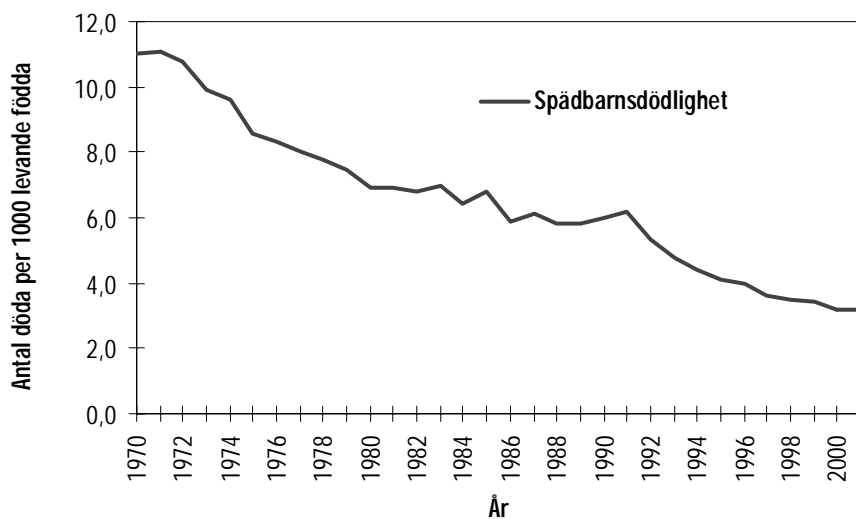
Ytterligare ett sätt att beskriva ökningen av livslängden i Sverige är att visa på ökningen under 1900-talet av antalet personer över 100 år, se tabell 2.

	Män	Kvinnor	Total folkmängd
1910	2	18	5 522 403
1950	13	30	7 041 829
2001	160	881	8 909 128

Källa: SCB

Den ökade medellivslängden beror i första hand på minskad spädbarnsdödlighet och minskad total dödlighet. Spädbarnsdödligheten har halverats sedan början av 1980-talet och år 2001 var den så låg som 3,2 döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda barn.

Diagram 2: Spädbarnsdödligheten 1970–2001



Källa: SCB

Sverige ligger bland de länder som har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen, se tabell 3.

Tabell 3: Spädbarnsdödlighet per 1 000 levande födda barn i en internationell jämförelse

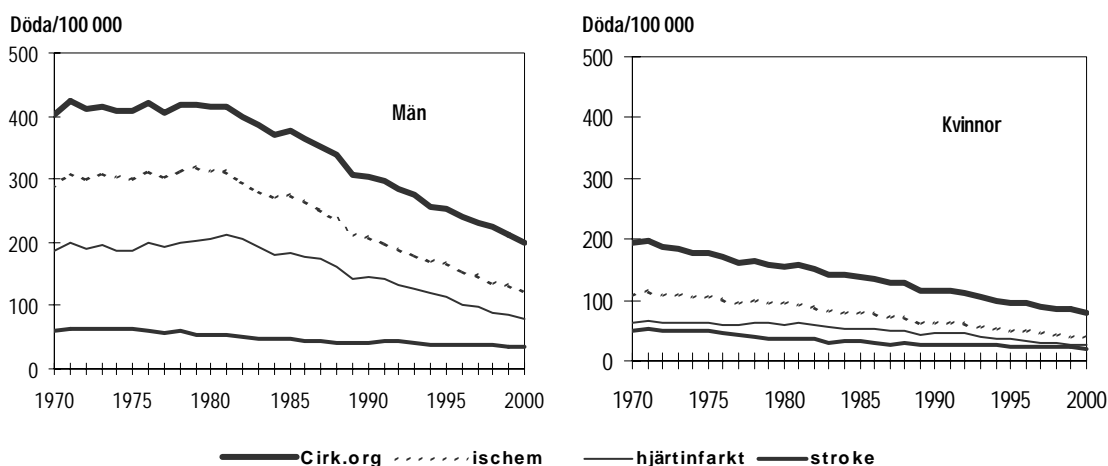
Prop. 2002/03:35

	2000		2000
Australien	5,2	Norge	3,8
Belgien	5,2	Polen	8,1
Danmark	5,3	Portugal	5,5
Finland	3,8	Schweiz	4,9
Frankrike	4,5	Slovakien	8,6
Grekland	6,1	Spanien	4,6
Irland	5,9	Storbritannien	5,6
Island	3,0	Tjeckien	4,1
Italien	5,1	Turkiet	39,7
Japan	3,2	Tyskland	4,4
Luxemburg	5,1	Ungern	9,2
Mexico	24,9	Österrike	4,8
Nederländerna	5,1	Sverige	3,4

Källa: OECD Health Data 2002

Minskningen av den totala dödligheten beror främst på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat, vilket diagram 3 visar. Under åren 1980–1997 har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar för personer under 65 år minskat med 40 procent för kvinnor och 50 procent för män. De minskade riskerna att insjukna i hjärt-kärlsjukdom beror på förbättringar av levnadsvanor såsom minskad rökning och förbättrade kostvanor, medan minskade risker att dö för dem som insjuknat framför allt beror på förbättringar av sjukvårdens insatser. Uppskattningsvis räddas 3 000 människor till livet varje år tack vare förbättrad kranskärlssjukvård. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är betydligt högre bland män än bland kvinnor, men det är männen som vunnit mest i livslängd när dessa sjukdomar blivit mindre vanliga och mindre dödliga.

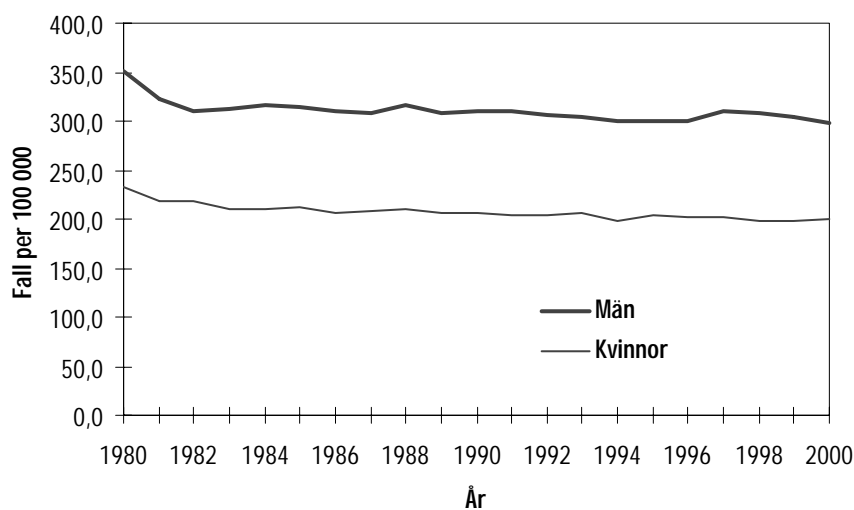
Diagram 3: Döda per 100 000 i hjärt-kärlsjukdomar 1970–2000 (åldersstandardiserat)



Källa: Folkhälsorapport 2001, uppdaterad

Även dödligheten i cancer, olycksfall och självmord har minskat i Sverige under 1990-talet, vilket har påverkat den totala dödligheten. Risken att insjukna i någon cancersjukdom ökade med drygt en procent per år under 1980-talet men ökningstakten har minskat till en halv procent per år under 1990-talet. Vart tredje cancerfall förklaras av rökning, riskfyllda kostvanor och överdrivet solande. Dödligheten i cancer har minskat med i genomsnitt 1,5 procent per år den senaste tjugoårsperioden. Detta beror främst på tidig upptäckt men också på förbättrad behandling för vissa typer av cancer. Förekomsten av hudcancerformen malignt melanom har dock ökat med cirka 40 procent under den senaste 10-årsperioden. Denna ökning tillskrivs i stor utsträckning ändrade solvanor och ökad solexponering.

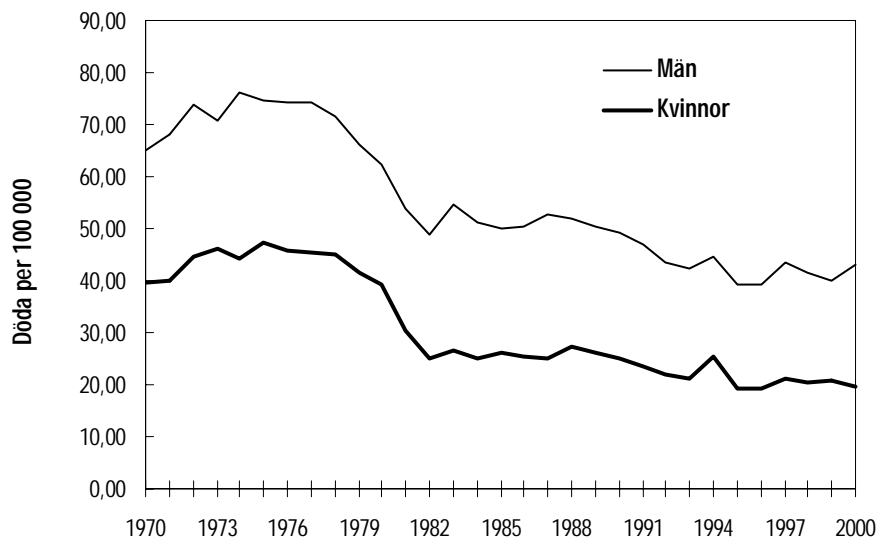
Diagram 4: Döda per 100 000 av tumörer (ålderstandardiserat)



Källa: Folkhälsorapport 2001, uppdaterad

Skador efter olycksfall är den vanligaste dödsorsaken i åldrarna upp till 45 år. Dödligheten i skador har dock minskat med 37 procent för män och nästan halverats för kvinnor sedan 1980. Två tredjedelar av dem som dör av skador är män. Prop. 2002/03:35

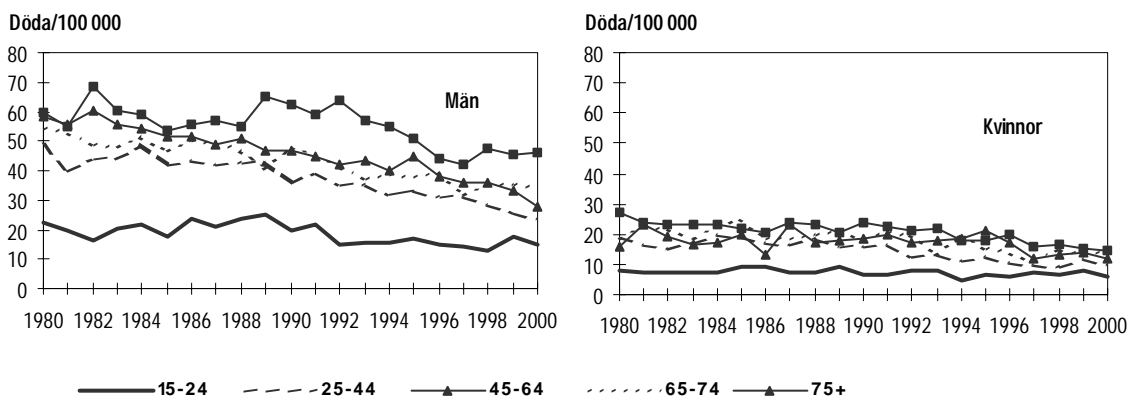
Diagram 5: Döda per 100 000 i olycksfall 1970–2000 (åldersstandardiserat)



Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen

De senaste två decennierna har dödligheten i självmord minskat med 38 procent bland både män och kvinnor. Självmord är vanligare bland män medan självmordsförsök är vanligare bland kvinnor.

Diagram 6: Självmord per 100 000 män och kvinnor i olika åldrar 1980–2000



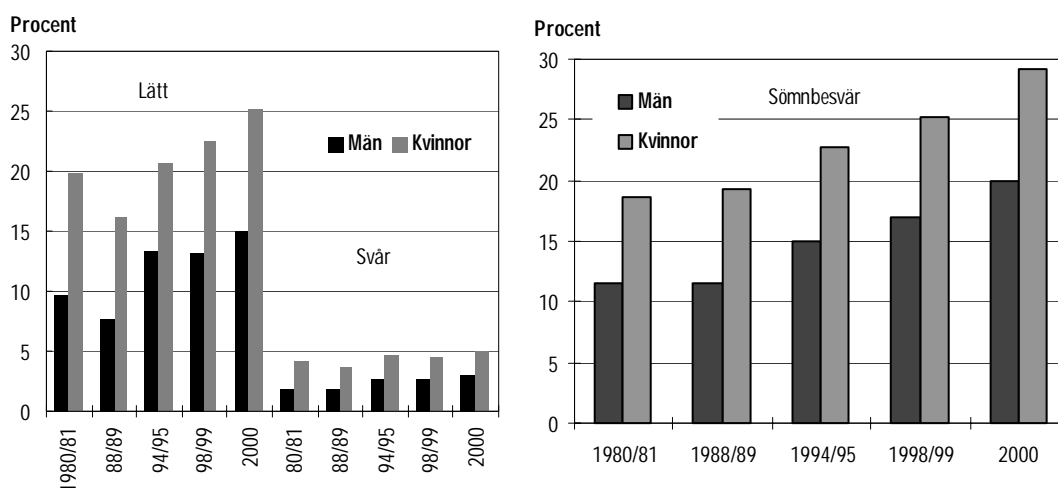
Källa: Folkhälsorapport 2001, uppdaterad

Antalet aborter ökade år 2001 till knappt 31 800, jämfört med 30 980 året innan. Antalet aborter under första halvåret år 2002 var 16 950. Det innebär en ökning av aborttalet, dvs. antalet aborter per 1 000 kvinnor, med tio procent jämfört med samma period förra året. Ökningen beror i stor utsträckning på en ökning av tonårsaborterna. Antalet aborter bland tonåringar sjönk under 1990-talet men har under de senaste sju åren åter stigit. Sedan år 1995 har antalet aborter i tonårsgruppen ökat med

50 procent. Den högsta abortfrekvensen finns i dag bland kvinnor mellan 20 och 30 år. Prop. 2002/03:35

Trots en stadigt ökande medellivslängd har antalet "friska" år, dvs. år med full hälsa inte ökat. Snarare kan man skönja en svag nedgång av antalet år med full hälsa för både män och kvinnor, men nedgången är tydligare för kvinnor. En stor försämring har skett i befolkningen när det gäller psykisk ohälsa i form av ångslan, oro, ångest och sömnbesvär. Av diagram 7 framgår att det framförallt är sömnbesvär och lättare former av ångslan, oro och ångest som har ökat under 1990-talet.

Diagram 7: Ångslan, oro, ångest, lätt respektive svår, samt sömnbesvär i hela befolkningen (åldersstandardiserat)



Källa: Folkhälsorapport 2001, uppdaterad (modifierad)

Försämringen av den psykiska ohälsan har skett i samtliga åldersgrupper upp till pensionsåldern. Som diagram 7 ovan visar är könsskillnaderna stora. Nästan dubbelt så många kvinnor som män lider av psykisk ohälsa.

Ökningen av sjukfrånvaron under 1990-talets sista år har bl.a. satts i samband med symptom som ångslan, oro och ångest, men ökningen av besvären har pågått under hela 1990-talet. Varje dag är cirka 300 000 personer sjukskrivna i Sverige. Det är en fördubbling jämfört med 1997. Antalet sjukskrivningar ökar för alla typer av sjukdomar, men ökningen är störst för psykisk ohälsa. Mellan 1999 och 2000 ökade andelen långtidssjukskrivna med psykiska diagnoser från 18 till 23 procent. Långtidssjukskrivna definieras i detta sammanhang som personer som varit sjukskrivna i minst 60 dagar. De vanligaste diagnoserna utgörs av depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Under 2001 fortsatte andelen med psykiska diagnoser att öka och utgjorde 25 procent av de långtidssjukskrivningar som påbörjades i februari 2001. Ökningen var kraftigast bland kvinnorna, för vilka andelen steg från 24 procent 2000 till 28 procent 2001. Det finns förmodligen ett samband mellan den ökade sjukfrånvaron på grund av psykiska besvär och de negativa förändringar i den psykosociala arbetsmiljön som har rapporterats under 1990-talet. Det bör påpekas att antalet sjukskrivna ökar för alla typer av sjukdomar, men att ökningen är störst för psykiska sjukdomar. Rörelse-

organens sjukdomar står fortfarande för den största delen av de långvariga sjukskrivningarna.

En annan stor utmaning för folkhälsan i Sverige är de omfattande ojämlikheterna i hälsa. De sociala skillnaderna i hälsa är påtagliga och förefaller inte ha minskat under den senaste tjugoårsperioden. Både kvinnliga och manliga tjänstemän lever i medeltal längre än arbetare efter 20 års ålder, vilket tabell 4 visar. Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän är mindre för dem födda på 1930-talet än för dem födda senare. Utvecklingen av dödligheten är en indikation på att de sociala klyftorna ökar i samhället, vilket stöds av många andra studier (se Folkhälsorapport 2001, Socialstyrelsen).

Tabell 4: Förväntad livstid mellan 20 och 85 års ålder efter födelseår och socioekonomisk grupp

Kön	Socioekonomisk grupp	Födelseår					
		1930	1935	1940	1945	1950	1955
Kvinna	Arbetare	58,6	59,1	59,4	59,2	59,7	59,9
	Företagare/Jordbrukare	59,4	59,1	59,6	59,5	61,1	60,0
	Tjänstemän	59,0	59,7	59,9	60,5	61,0	61,7
	Samtliga kvinnor	58,8	59,1	59,7	59,9	60,5	60,8
Man	Arbetare	54,4	55,5	56,2	56,4	57,4	58,1
	Företagare/Jordbrukare	56,1	57,4	57,6	58,1	59,4	59,7
	Tjänstemän	56,6	58,0	58,9	59,7	60,2	60,9
	Samtliga män	54,9	55,9	56,8	57,5	58,2	58,8

Källa: Livslängd, hälsa och sysselsättning. Demografiska rapporter 2002:3, SCB

Arbetare har genomgående större sjukdomsrisker än tjänstemän. För både män och kvinnor är risken att dö i förtid, oavsett dödsorsak lägre ju högre utbildning de har. Det skall dock tilläggas att svenska kvinnor och män i arbetaryrken har den lägsta risken att dö i förtid bland motsvarande yrkesgrupper i hela Europa. Vidare har lågutbildade betydligt fler hälsoproblem än högutbildade. Socialbidragstagare, barn till missbrukare och psykiskt sjuka löper större risk än andra att bli sjuka fysiskt eller skadade. Ohälsa är mer utbredd bland ensamstående föräldrar än bland sammanboende och barn till ensamstående föräldrar löper större risk än barn till sammanboende att bli sjuka eller skadas, framför allt när det gäller psykisk ohälsa, drogrelaterade diagnoser och självmord.

De könsrelaterade skillnaderna i hälsa är omfattande, vilket flera av diagrammen visar. Kvinnors och mäns skilda villkor beträffande arbetsförhållanden, familjesituation, sociala relationer och ekonomiska tillgångar resulterar i olika sjukdomsmönster för kvinnor och män. Samtidigt som kvinnor lever längre än män uppvisar de fler symptom på sjuklighet. Kvinnor uppsöker sjukvård i betydligt större utsträckning än män. Kvinnor står för en större del av läkemedelskonsumtionen och är sjukskrivna mer än män. Kvinnors högre sjuklighet har på senare år satts i samband med kvinnors och mäns olika livsvillkor.

Flera studier visar att personer som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen. En orsak till detta kan vara den diskriminering som många personer med utländsk bakgrund utsätts för t.ex. på arbets- och bostadsmarknaderna. Därutöver spelar levnadsvanor in samt erfarenheterna som har legat till grund för själva migrationen. För flyktingar är orsaken till migrationen ofta traumatiska upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelse och tortyr. Även tidigare förhållanden i hemlandet påverkar invandrares hälsa. Precis som för svenskfödda förekommer stora hälsoskillnader mellan könen.

3.2 Omvärldsförändringar

Demografisk utveckling

Sverige har en demografisk utveckling som innebär att andelen äldre i befolkningen och i arbetskraften ökar. Detta kommer att få konsekvenser för hälso- och sjukvården, då det skapar förändringar i sjukdomsmönstret i befolkningen, men också för arbetslivet, arbetsmiljön, omsorgerna om äldre och stödet till personer med funktionshinder. Mellan 1990 och 1998 ökade antalet personer som är 80 år och äldre med 17 procent. Under samma period har födelsetalen sjunkit från 2,1 barn per kvinna till 1,5 barn per kvinna i Sverige. Under år 2001 har en liten ökning av barnafödandet skett men det är för tidigt att dra några slutsatser om denna ökning är tecken på en uppåtgående trend.

Barnfamiljernas villkor och barnens och ungdomarnas uppväxtvillkor

Födelsetalen är främst ett uttryck för hur människor värderar möjligheterna att förena familjebildning, arbetsliv och försörjning. Mot bakgrund av de låga födelsetalen i Sverige finns det skäl att oroas över hur unga idag ser på möjligheterna att få arbete, att klara de ökande kraven från de arbeten som finns och att förena detta med föräldraskap. Under ett liv på numera 80 års längd skall både ett allt mer krävande arbetsliv och ett familjeliv förenas under en tredjedel av tiden. Vilka hälsoeffekter detta får för uppväxande barn och ungdomar är osäkert. Det är också osäkert hur detta tillsammans med det faktum att kvinnor står för majoriteten av det obetalda hemarbetet påverkar kvinnors hälsa. Dessutom har barnfamiljernas standard under senare år sänkts jämfört med andra grupper. Framför allt har ensamstående föräldrar med barn fått en kraftig försämring. Antalet ensamstående mödrar som lever under socialbidragsnormen har tredubblats under åren 1991–2000. Andelen av alla barn som lever under socialbidragsnormen har fördubblats under samma tid. Det ska dock påpekas att barn i Sverige har en god standard i förhållande till genomsnittsbefolkningen. Jämfört med andra länder är barnfattigdomen låg. Barns och ungdomars uppväxtvillkor har stor betydelse för den framtida hälsoutvecklingen eftersom möjligheten till en god hälsa i vuxen ålder i mycket bestäms av uppväxtvillkoren.

Globaliseringen, den tekniska utvecklingen och förändrade ekonomiska förhållanden har skapat ett förändringstryck i arbetslivet under 1990-talet vilket har resulterat i ökade krav på flexibilitet hos arbetskraften, neddragningar och personalreduktioner. Verksamheterna har koncentrerats till en kärna av kvalificerade fast anställda personer kombinerat med en ökad användning av tillfälliga projektanställningar, behovsanställningar, konsulter, m.m. Företagen krymper antalet fast anställda även i goda tider samtidigt som produktiviteten ökas i snabb takt. Det är svårt att bedöma de långsiktiga hälsoeffekterna av denna utveckling. Den kraftiga ökningen av antalet sjukskrivna och av människor med psykiska symptom i form av trötthet, sömnbesvär och nervositet är en viktig varningssignal.

Välfärdsutveckling

Hälsoläget i befolkningen är en viktig indikator på välfärdens utveckling. Sverige har ett inkomstrelaterat och omfattande socialförsäkringsskydd som ersätter inkomstbortfall vid de viktigaste problemsituationerna för de stora befolkningsgrupperna. Välfärdssystemet har dock inte fullt ut lyckats säkra välfärden för ungdomar, stora grupper av invandrare och ensamstående föräldrar. Dessa grupper drabbades extra hårt av sysselsättningskrisen i början av 1990-talet, vilket har inneburit att de i högre grad än andra har fått ekonomiska problem och en sämre hälsoutveckling.

Socialbidragen ökade under 1990-talet men antalet personer som fortsätter att vara kvar i bidragsberoende under minst två år sjönk för första gången under år 1998. Nedgången fortsatte även under år 1999. Utvecklingen för de mest sårbara grupperna har inte bara inverkan på socialbidragsutvecklingen. Utslagning, arbetslöshet, hemlöshet och missbruk är faktorer som alla har en mycket negativ effekt på folkhälsan. En ny oroande faktor i storstäderna är också bostadsbristen för främst ungdomar och invandrare.

Miljöutveckling

Sveriges förhållandevis goda folkhälsotillstånd beror till stor del på att vi har en lång tradition av att skydda människor från hälsorisker i miljön. Att upprätthålla en basal hälsoskyddsnivå har haft en positiv effekt på folkhälsoutvecklingen. Minskningar har skett av svavelutsläpp från kol- och oljeeldning, avgaser från biltrafiken, tobaksrök, och en mängd fysiska och kemiska faktorer i arbetsmiljön. Stora utmaningar i den fysiska miljön framöver är buller och en förbättrad inomhusmiljö. Under senare år har flera undersökningar visat att t.ex. dålig inomhusmiljö kan ha haft en negativ effekt på hälsoutvecklingen. Bland annat har antalet barn med astma och allergier ökat. En annan viktig utmaning är att reducera petroleumbaserade partiklar i luften mot bakgrund av bl.a. de studier som visar att hälsan allvarligt försämras hos äldre med hjärt-kärlsjukdomar som utsätts för t.ex. avgaser från biltrafiken.

Studier visar också att människors vardagsmiljöer har stor betydelse för stressnivåer och hälsa. Det har särskilt visat sig att möjlighet till

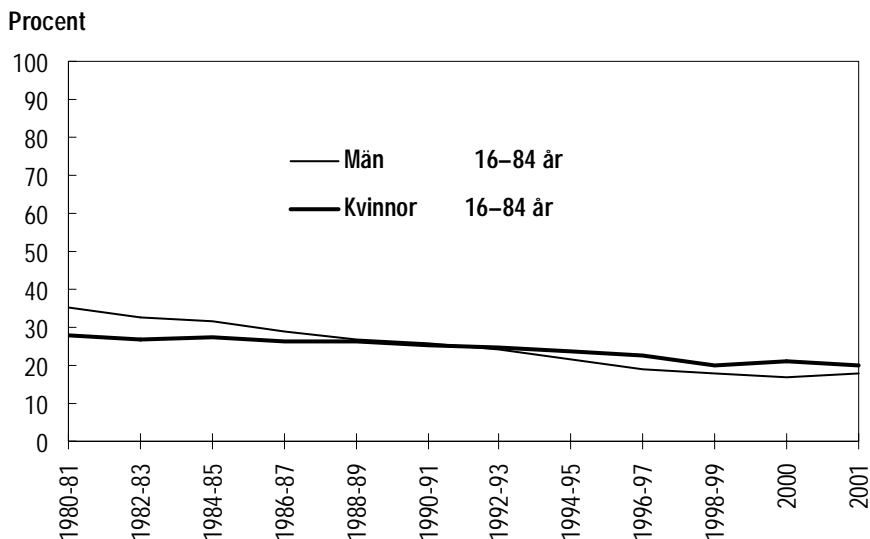
rekreation och återhämtning i t.ex. natur- och grönområden, kulturupplevelser och skapande verksamhet påverkar människors förmåga att återhämta sig från stress. Det faktum att allt fler människor i dag lever i tätorter med begränsad tillgång till grönområden påverkar möjligheten till återhämtning.

Levnadsvanornas utveckling

Levnadsvanor har i ett flertal undersökningar visat sig höra samman med kön, utbildningsgrad, ålder, social, etnisk och kulturell tillhörighet. Man talar allt mer om strukturellt betingade levnadsvanor som mer tar sikte på människors förutsättningar att leva hälsosamt. Det gäller såväl matvanor, fysisk aktivitet som användandet av alkohol, narkotika och tobak. Det finns tecken på en ansamling av ohälsosamma levnadsvanor hos samma individer och sociala grupper.

I dagens samhälle ställs allt mindre naturliga krav på fysisk aktivitet i vardagen. Det faktum att motionsvanorna generellt har förbättrats sedan början av 1980-talet kompenserar inte det allmänt ökade stillasittandet i vardagen. Den fysiska aktiviteten, precis som många andra levnadsvanor, följer tydliga sociala mönster. Det ökade stillasittandet har, tillsammans med en rad andra faktorer, lett till en ökad förekomst av övervikt i befolkningen. I Sverige har antalet personer med fetma nästan fördubblats under de senaste 20 åren och omfattar nu omkring 500 000 människor, eller 8 procent av den vuxna befolkningen och 4 procent av antalet barn och ungdomar.

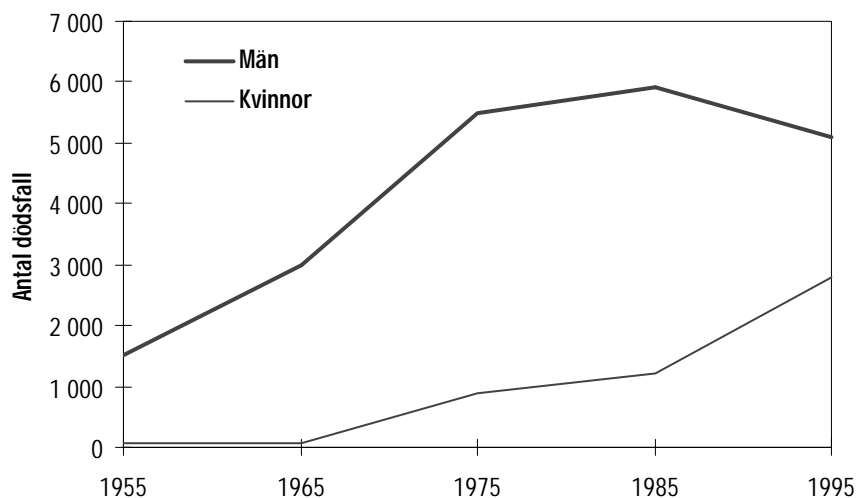
Rökningen har minskat under 1980- och 1990-talet. Minskningen av tobaksbruket är troligtvis en följd av flera samverkande åtgärder såsom informations- och opinionsinsatser, rökavvänjning, skärpt lagstiftning och insatser av olika aktörer både nationellt och lokalt. De samlade åtgärderna har även bidragit till en attitydförändring till tobak i befolkningen. Bland unga (16–27 år) röker i dag fler kvinnor än män. De undersökningar som finns visar på stora skillnader mellan etniska grupper och mellan sociala klasser. Män som inte är födda i Sverige är rökare i större utsträckning än män födda i Sverige. För kvinnor födda i utlandet och svenskfödda kvinnor är skillnaderna mycket mindre. Andelen rökare bland arbetare är högre än bland tjänstemän.



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

Diagrammet nedan visar att under år 1995 krävde rökningen, ca 5 000 män och 3 000 kvinnors liv i Sverige.

Diagram 9 Antal rökningrelaterade dödsfall i Sverige 1955–1995

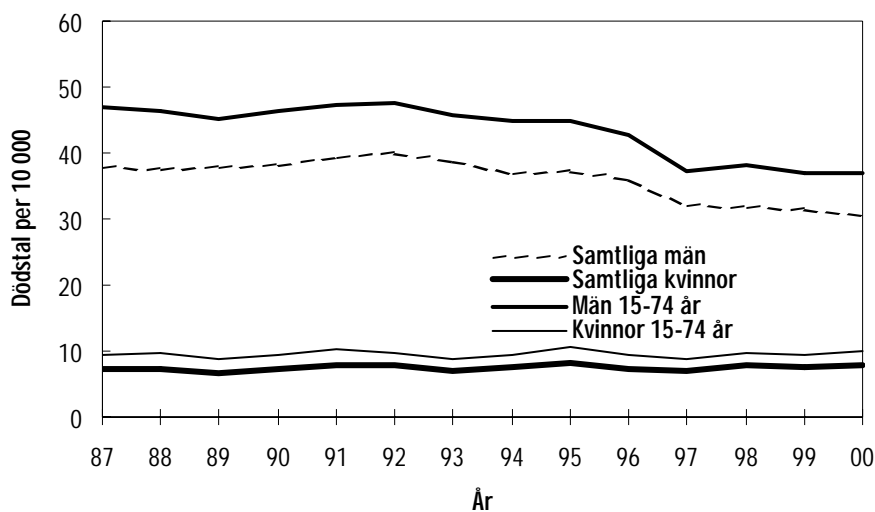


Källa: Droguutvecklingen i Sverige - Rapport 2002, CAN

Alkoholkonsumtionen under 2002 uppgick till 9,6 liter ren alkohol per person 15 år och äldre inklusive privatinförd, egentillverkad och smugglad alkohol, vilket är en ökning med ungefär 20 procent sedan 1996. Konsumtionsökningen är resultatet av såväl en ökad försäljning på Systembolaget som en ökad införsel av alkohol från utlandet bl.a. som en effekt av de alltmer generösa reglerna för privat införsel inom EU. Kvinnornas andel av den totala alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt sett i ett längre tidsperspektiv. Uppgången har ännu inte fram till år 2000 avspeglats i någon synlig total ökning av den alkoholrelaterade

dödligheten. Dödligheten i alkoholskador har för kvinnor varit relativt konstant under 1990-talet medan den sjunkit för män. Prop. 2002/03:35

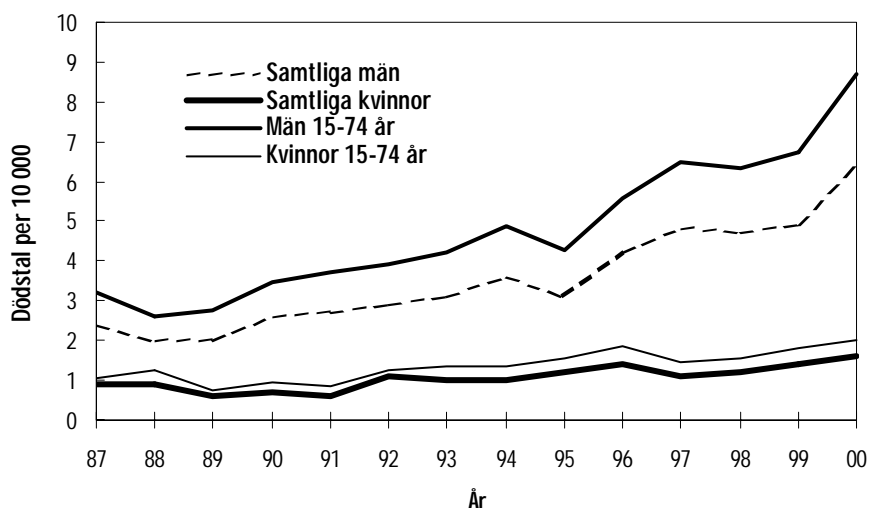
Diagram 10: Alkoholrelaterad dödlighet 1987–2000 (åldersstandardiserat)



Källa: EpC/Socialstyrelsen

Narkotikaanvändningen har också förändrats under 1990-talet. Andelen mönstrade ungdomar som prövat narkotika var tre gånger så hög år 1999 jämfört med år 1992. Narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 har också ökat under andra halvan av 1990-talet. Den förändrade narkotikaanvändningen har lett till att dödligheten har ökat för både män och kvinnor. Den narkotikarelaterade dödligheten bland män har mer än fördubblats sedan mitten av 1990-talet.

Diagram 11: Narkotikarelaterad dödlighet 1987–2000 (åldersstandardiserat)



Källa: EpC/Socialstyrelsen

Tabell 5 nedan visar att antalet tunga missbrukare har ökat i Sverige. Med tunga missbrukare avses här personer som injicerat narkotika under de senaste tolv månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dag-

ligen eller så gott som dagligen de senaste fyra veckorna. Undersökningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på ett urval av kommuner. Utifrån de nedan presenterade antalsuppgifterna som dock innehåller betydande osäkerhet blir den genomsnittliga årliga ökningstakten 2 procent 1979–1992 och 6 procent 1992–1998. Med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen beräknades den totala årliga ökningen till 800 missbrukare under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Det betyder att nyrekryteringen har varit förhållandevis stor under 1990-talet. Samtidigt är många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års undersökning hade 19 procent missbrukat narkotika i 10 år eller längre. Åren 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52 procent. Andelen kvinnor har varit tämligen stabil och har legat runt en knapp fjärdedel i alla tre undersökningarna.

Tabell 5: Tunga missbrukare (narkotika)

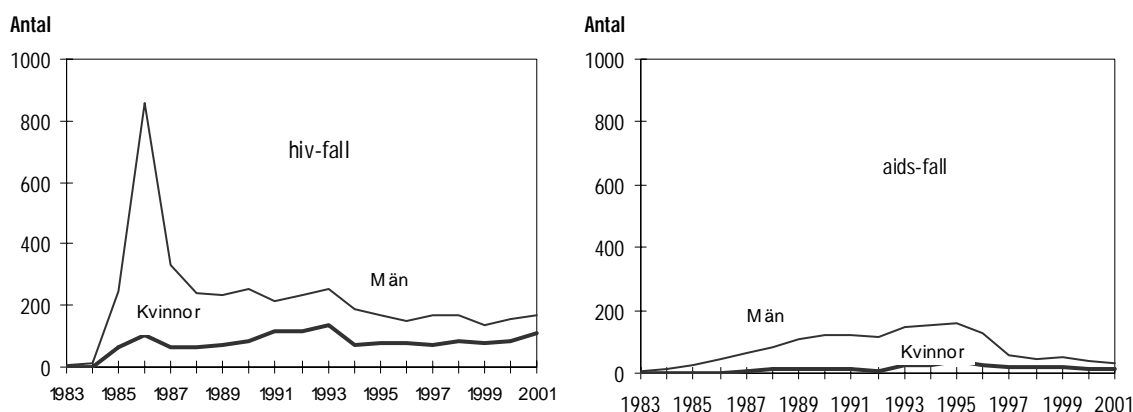
	Antal	Intervall
1979	15 000	13 500–16 500
1992	19 000	17 000–20 500
1998	26 000	24 500–28 500

Källa: Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2002

Spridning av smittsamma sjukdomar

I ett internationellt perspektiv är situationen i Sverige gynnsam när det gäller spridningen av smittsamma sjukdomar. Den inhemska spridningen av mera allvarliga smittsamma sjukdomar är begränsad. För ett flertal smittsamma sjukdomar, däribland de sexuellt överförbara sjukdomarna, har antalet nysmittade personer under den senaste 10–15-årsperioden minskat markant eller legat på konstant nivå. Dock har det under de senaste åren märkts en viss ökning av främst klamydia och gonorré. Det nya i utvecklingen är att smittökningen sker i gruppen heterosexuella män som smittats utomlands. Spridningen av hiv/aids i Sverige har kunnat hållas på en låg nivå. Under år 2001 rapporterades 277 nya fall av hiv, vilket är en ökning med 14 procent i förhållande till året innan. Av de nya hivfall som konstaterats i Sverige har anmärkningsvärt många blivit smittade i utlandet. Samtidigt kan konstateras att infektionssjukdomar fortfarande tillhör de vanligast förekommande sjukdomarna och utgör ett väsentligt problem både för samhället och för enskilda individer. Vidare är risken för smittspridning av smittsamma sjukdomar från andra länder större än tidigare på grund av det utökade utbytet med omvärlden. Det är också nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige, exempelvis på grund av att smittämnen blir resistenta mot läkemedel.

Diagram 12: Antal nyanmälda fall av hiv/aids 1983–2001



Källa: Smittskyddsinstitutet, Folkhälsorapport 2001, uppdaterad

Hälso- och sjukvårdens utveckling

Hälso- och sjukvården har under 1990-talet genomgått en struktur-omvandling. Snabba medicinska och medicintekniska förändringar, ädel-reformen och ökade krav på grund av en åldrande befolkning har gjort att hälso- och sjukvården ställts inför nya förväntningar och krav. Behovet har ökat av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård som har mer fokus på förebyggande insatser och rehabilitering för att bl.a. förebygga sjukdom och förhindra långa vårdtider och ökade läkemedelskostnader. Ett hälsofrämjande arbetssätt kommer att bli än viktigare i framtiden inom samtliga delar av hälso- och sjukvården för att möta bl.a. ökade krav på vård från en åldrande befolkning.

3.3 Internationellt folkhälsoarbete

Förenta Nationerna

Internationell samsyn råder idag om att kampen mot fattigdomen skall ses som en gemensam övergripande internationell utmaning. I FN:s Millenniedeklaration tas åtta s.k. millennieutvecklingsmål för internationell utveckling upp. Bland dessa åtta mål nämns bl.a. målen att minska barn- och mödradödligheten samt att bekämpa hiv/aids, malaria och andra sjukdomar. FN:s konvention om barnets rättigheter, som antogs år 1989 och trädde i kraft år 1990, har ökat medvetenheten om barns situation i världen. Till exempel behandlas i artikel 24 barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.

I juni 2001 hölls en särskild session i FN:s generalförsamling med fokus på hiv/aidsepidemin i världen. Vid denna session ställde sig företrädare från i stort sett samtliga länder i världen bakom en deklaration om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa spridningen av hiv/aids. I deklarationen framhölls att insatser för att förebygga smittspridning är det enda sättet att stoppa den pågående epidemin. Samtidigt måste de smittade ges vård, stöd och behandling, människors utsatthet måste

minskas och mänskliga rättigheter säkerställas. Vid mötet beslutades även att en global hälsofond skall inrättas i syfte att förhindra den globala spridningen av hiv/aids samt tuberkulos och malaria.

Vid FN:s andra världskonferens i Madrid i april 2002 antogs en politisk deklaration och en handlingsplan som syftar till att uppmärksamma utmaningen med en allt äldre befolkning i världen. Handlingsplanen omfattar äldrefrågor ur ett brett perspektiv, bl.a. förebyggande hälsoarbete, det livslånga lärandet och boende och miljö. Vid en konferens i Berlin i september 2002 antogs en regional strategi för implementeringen av handlingsplanen i Europa.

OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development)

OECD arbetar med hälso- och sjukvården, dess organisation, kostnader och effektivitet samt uppföljning av reformer inom sjukvården. OECD har en internationell hälso- och sjukvårdsdatabas. OECD:s styrka på hälso- och sjukvårdsområdet ligger i att följa upp hälso- och sjukvårdens kostnader och ekonomi bland medlemsländerna.

Världsgesundhetsorganisationen WHO

WHO:s globala folkhälsoarbete har under senare tid lagt vikt vid olika strukturella frågor och dess betydelse för hälsa. WHO har t.ex. nyligen presenterat en rapport från den särskilda kommissionen om makroekonomi och hälsa. Rapporten redovisar analyser som tydligt pekar på att hälsoutvecklingen också ger ekonomisk utveckling.

Inom det mer traditionella folkhälsoområdet arbetar WHO globalt bl.a. med bekämpning av smittsamma sjukdomar, inklusive tropiska sjukdomar. Hög prioritet ges för närvarande åt att få ned frekvensen av stora fattigdomsrelaterade sjukdomar som malaria, tuberkulos och hiv/aids. Satsningen på att utrota polio är också inne i en slutfas. WHO spelar en viktig roll i metod- och programutvecklingen för att minska barn- och mödradödlighet. WHO har också en viktig roll i forsknings- och utvecklingsarbete inom området reproduktiv hälsa.

Att minska tobaksbruket är en prioriterad fråga för WHO. Inom WHO pågår arbetet med en global ramkonvention i syfte att minska tobaksbruket. Förhandlingarna påbörjades i oktober 2000 och beräknas pågå fram till år 2003. Konventionen kommer att spänna över ett stort antal områden, bl.a. reklam, passiv rökning, smuggling och utbildning. Den kommer att utgöra ett viktigt stöd för utarbetandet av nationell lagstiftning på området.

WHO:s Europaregion

WHO:s Europaregion arbetar främst med policyfrågor och stöd till hälsoutveckling inom Central – och Östeuropa. Beslut fattas som regel i form av rekommendationer till medlemsländerna.

Sverige och övriga medlemsländer i WHO:s Europaregion antog i september 1998 en gemensam hälsostrategi med 21 mål, som i hög grad

blivit en förebild för och inspirerat många länders arbete med nationella hälsomål, så även för Sverige.

Sverige har sedan länge bedrivit ett aktivt arbete inom WHO. Under år 2001 hölls t.ex. WHO:s andra europeiska ministerkonferens om alkohol i Stockholm, Young People and Alcohol.

”Environment and Health for Europe” är en process som initierats av WHO:s Europaregion. WHO och UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) har sedan år 1989 anordnat tre ministerkonferenser där frågor som rör kopplingen mellan miljö och hälsa behandlas. Den tredje konferensen hölls i London år 1999 och då underströks bland annat att miljö- och hälsofrågorna inte får diskuteras åtskilda utan att en samlad syn bör eftersträvas. En fjärde konferens är planerad till år 2004.

WHO:s Europaregion har byggt upp olika nätverk på folkhälsoområdet. Bland dessa kan särskilt nämnas nätverket för hälsofrämjande skolor med jämförande longitudinella studier över skolbarns hälsovanor och nätverket för hälsofrämjande sjukhus. Bland andra aktuella initiativ kan nämnas hälsokonsekvensbedömningar och kunskapsbaserat folkhälsoarbete.

WHO:s regionkommitté för Europa antog år 1999 en andra handlingsplan på alkoholområdet (European Alcohol Action Plan). Planen som gäller för perioden 2000–2005 utgör grunden för WHO:s arbete för att minska alkoholens skadeverkningar.

Traditionellt är WHO:s roll att företräda folkhälsointressena genom att utveckla strategier och policies. Det är angeläget att Sverige aktivt verkar för att detta arbete ges fortsatt hög prioritet som stöd för medlemsstaternas folkhälsoarbete. Europaregionen omfattar i dag 51 länder.

Europarådet

Europarådet arbetar främst med frågor kring mänskliga rättigheter och har bl.a. utarbetat konventioner om mänskliga rättigheter, dopning och biomedicin. Europarådet har även en särskild narkotikagrupp, den s.k. Pompidougruppen där Sverige sedan länge intagit en aktiv roll. I Europarådet ingår ett 50-tal länder.

Folkhälsoarbete inom EU

Sverige har arbetat för att stärka unionens profil när det gäller folkhälsofrågor. Även om folkhälsopolitiken i första hand är nationell finns det i dag vissa områden där insatser eller erfarenhets- och informationsutbyte på gemenskapsnivå både är önskvärt och verkningsfullt.

Folkhälsoarbetet i Sverige påverkas av Europeiska gemenskapens folkhälsostrategi och folkhälsoprogram. Det gäller särskilt arbetet med att säkerställa en hög hälsoskyddsnivå i all gemenskapspolitik. Sverige har sett det som angeläget att frågan om medborgarnas lika möjligheter till god hälsa lyfts fram och att diskussionen om behovet av insatser för att minska ojämlikheten i hälsa fördjupas. EU:s ministerråd har nyligen antagit ett nytt folkhälsoprogram (1786/2002/EG) som kommer att bli vägledande för EU:s framtida folkhälsoarbete. Det nya folkhälso-

programmet skall inriktas på fyra övergripande åtgärdsområden: sektorsövergripande hälsofrågor, förbättrad information om hälsoutvecklingen i medlemsländerna och hälsoinformation till medborgarna, snabba åtgärder vid hälsorisker och arbete med bestämningsfaktorer för hälsan genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

Tobaks- och alkoholområdena är exempel på områden där frågan om en hög hälsoskyddsnivå i all gemenskapspolitik också aktualiseras. EU-kommissionen lämnade under år 2001 ett förslag till nytt tobaksreklamdirektiv (KOM (2001) 283 slutligt). Direktivet har antagits av EU:s ministerråd den 2 december 2002 då även en rådsrekommendation om initiativ för tobaks kontroll och att minska tobakskonsumtionen bland barn och unga antogs. På tobaksområdet pågår även EU:s arbete inom ramen för WHO:s tobakskonvention.

Barns och ungdomars alkoholkonsumtion och en gemensam alkoholstrategi var svenska profilfrågor under det svenska ordförandeskapet i EU. På ministerrådets möte i juni 2001 antogs en rekommendation om unga människors, särskilt barns, alkoholkonsumtion. Dessutom antogs slutsatser om behovet av en mer övergripande strategi för att minska alkoholens skadeverkningar. EU-kommissionen har påbörjat ett långsiktigt arbete, dels för att medlemsländerna skall följa den antagna rekommendationen, dels för att utveckla en gemensam strategi.

Alkoholdrycker behandlas dock inte främst som en folkhälsofråga inom EU. Även om Sverige varit framgångsrikt i att lyfta fram alkoholen som viktig hälsodeterminant behandlas alkohol inom gemenskapen fortfarande främst som en handelsvara och jordbruks/livsmedelsprodukt. Det har bland annat inneburit att reglerna om fri rörlighet har gjort det svårare för alla medlemsländer att upprätthålla nationella regler som t.ex. reglerna för privat införsel av alkohol i samband med utlandsresa.

Europeiska rådet antog vid sitt möte i Helsingfors i december 1999 en femårig narkotikaplan. Planen syftar till att se till att narkotikafrågan fortsätter att vara ett prioriterat område för EU:s inre och yttre insatser. I strategin anges att målen för gemenskapen är att ge större prioritet åt förebyggande åtgärder och minskning av efterfrågan, särskilt åt att minska nyrekryteringen av missbrukare och minska de negativa följderna av narkotikamissbruk. De viktigaste målen i EU:s strategi mot narkotika är att:

- under loppet av fem år avsevärt minska förekomsten av olaglig narkotikaanvändning samt nyrekryteringen av missbrukare, särskilt bland ungdomar under 18 år,
- under loppet av fem år avsevärt minska förekomsten av narkotikarelaterade hälsoskador (hiv, hepatit B och C, tbc osv.) och narkotikarelaterade dödsfall,
- avsevärt öka antalet framgångsrikt behandlade missbrukare,
- under loppet av fem år avsevärt minska tillgången till olaglig narkotika,
- under loppet av fem år avsevärt minska antalet narkotikarelaterade brott,
- under loppet av fem år avsevärt minska penningtvätt och olaglig handel med prekursorer.

Under de kommande åren kommer Sverige att ge fortsatt hög prioritet åt arbetet inom gemenskapen för att begränsa skadeverkningarna av tobak och alkohol, åt narkotikafrågan samt åt frågan om antimikrobiell resistens.

Säkra livsmedel och en helhetssyn på livsmedelskedjan är en fråga som givits hög prioritet inom EU. Bland annat har en allmän livsmedelslag skapats och en europeisk livsmedelssäkerhetsmyndighet inrättats. Vidare pågår en omfattande översyn som omfattar såväl ny lagstiftning som en revidering av befintlig lagstiftning på livsmedelsområdet.

EU-kommissionen är också i färd med att arbeta fram ett förslag till handlingsplan om kost. Mental hälsa är en annan fråga som länge diskuterats inom gemenskapen.

Rådet och Europaparlamentet fattade år 1998 beslut om att inrätta ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar. System för tidig varning och reaktion har upprättats för flera sjukdomar. En utvidgning av verksamheten till att omfatta jämförbara system för andra prioriterade smittsamma sjukdomar pågår löpande.

I juni 2001 presenterade EU-kommissionen ett meddelande om en strategi inom gemenskapen mot antimikrobiell resistens samt ett förslag till en rekommendation om återhållsam användning av antimikrobiella substanser inom humanmedicin. Förslaget till rekommendation som omfattar fyra huvudsakliga verksamhetsområden; övervakning, förebyggande, forskning och produktutveckling samt internationellt samarbete, antogs vid ministerrådet i november 2001.

Forskning och utveckling av nyckeltal och indikatorer som beskriver hälsa pågår på flera håll bl.a. inom EU, WHO och enskilda länder som USA, Kanada och Storbritannien. WHO har en hälsodatabas som innehåller folkhälsodata. Databasen är av stor vikt för både den internationella forskningen och svensk forskning. EU håller på att utveckla sitt arbete för bättre hälsoövervakning. Bland annat ska gemensamma indikatorer tas fram. Sveriges inställning när det gäller insamling av hälsodata är att insamling och utveckling av indikatorer i så stor omfattning som möjligt samordnas mellan EU, WHO, medlemsländerna och andra eventuella aktörer.

Det finns starka motiv till att Sverige såväl politiskt som genom berörda myndigheter bör spela en aktiv och pådrivande roll för att utveckla folkhälsoarbetet inom EU.

Nordiskt samarbete

Inom Nordiska ministerrådet finns både ett Socialministerråd där i viss mån frågor om alkoholmissbruk behandlas och ett särskilt Narkotikaministerråd. Under Narkotikaministerrådet finns en tjänstemannakommitté som regelbundet möts för att utbyta erfarenheter och vid behov samordna de nordiska insatserna också i andra internationella fora. Under senare år har det varit en prioriterad uppgift att utveckla samarbetet med närområdet (de baltiska staterna och nordvästra Ryssland). Vidare har PTN (Polis och Tull i Norden) samt NAD (Nordiska Nämnden för Alkohol- och Drogforskning) viktiga uppgifter i att utveckla polis- och tullsamarbetet respektive alkohol- och drogforskningen i ett nordiskt perspektiv. Mellan de nordiska ländernas folkhälsoinstitutioner finns

sedan 1980-talet ett informellt samarbete med bl.a. regelbundet återkommande folkhälsokonferenser där värdskapet cirkulerar mellan länderna. Tradition, likheter och kultur ger unika möjligheter till samarbete och erfarenhetsutbyte som bör tillvaratas för att gemensamt utveckla folkhälsoarbetet.

4 Mål för folkhälsan

4.1 Ett övergripande nationellt folkhälsomål och en sektorsövergripande målstruktur

Regeringens förslag: Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet skall vara att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att de statliga myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som påverkar folkhälsan också skall beakta deras effekter på folkhälsan.

För det samlade folkhälsoarbetet kommer en sektorsövergripande målstruktur med elva målområden att användas. Regeringen får bestämma de del- och etappmål som skall gälla för detta arbete. Följande elva målområden skall fastställas för det samlade folkhälsoarbetet:

- Delaktighet och inflytande i samhället.
- Ekonomisk och social trygghet.
- Trygga och goda uppväxtvillkor.
- Ökad hälsa i arbetslivet.
- Sunda och säkra miljöer och produkter.
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- Gott skydd mot smittspridning.
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.
- Ökad fysisk aktivitet.
- Goda matvanor och säkra livsmedel.
- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

Regeringens bedömning: För att stärka folkhälsopolitiken på alla nivåer i samhället bör regeringen inrätta en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor med uppgift att verka för samordning på nationell, regional och lokal nivå. Regeringen bör också regelbundet i en skrivelse till riksdagen redovisa folkhälsans utveckling i befolkningen och de åtgärder som vidtas för att förbättra denna.

Regeringen avser att lämna uppdrag till myndigheter med särskilt ansvar för frågor av betydelse för folkhälsan att redovisa sina insatser för att nå det nationella folkhälsomålet och att påverka de för myndigheten relevanta målområdena. Statens folkhälsoinstitut har ett särskilt ansvar att samordna och stödja myndigheterna i detta arbete och att ansvara för den samlade uppföljningen av det övergripande målet. Institutet bör också få i uppdrag att redovisa en samlad strategi för hur samordningen och stödet till myndigheterna skall ske.

En särskild utredare bör få i uppdrag att närmare överväga i vilka avseenden befintlig lagstiftning bör ändras för att svara mot det övergripande folkhälsomålet samt överväga former för redovisning till nationell nivå av det folkhälsoarbete som görs på lokal och regional nivå.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Kommittén föreslår följande nationella mål för folkhälsan:

- Mål 1 Stark solidaritet och samhällsgemenskap
- Mål 2 Stödjande sociala miljöer för individen
- Mål 3 Trygga och jämlika uppväxtvillkor
- Mål 4 Hög sysselsättning
- Mål 5 God arbetsmiljö
- Mål 6 Tillgängliga grönområden för rekreation
- Mål 7 Sunda inne- och utemiljöer
- Mål 8 Skadesäkra miljöer och produkter
- Mål 9 Ökad fysisk rörelse
- Mål 10 Goda matvanor
- Mål 11 Trygg och säker sexualitet
- Mål 12 Minskat tobaksbruk
- Mål 13 Minskat skadligt alkoholbruk
- Mål 14 Ett narkotikafritt samhälle
- Mål 15 En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Mål 16 Ett samordnat folkhälsoarbete
- Mål 17 Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning
- Mål 18 Saklig hälsoinformation

Kommittén anser att en god hälsa på lika villkor kan nås endast genom samverkan mellan aktörer inom olika ansvarsområden. För detta behövs en samlad strategi. Roller och ansvar behöver tydliggöras och kompetensen höjas. Styrningen och samordningen behöver specificeras och mål och metoder följas upp och utvärderas för att insatserna successivt skall kunna bli bättre.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser är positiva till målen i allmänhet. Flera remissinstanser tar dock upp att det finns avgränsningsproblem mot andra politikområden. *Socialstyrelsen* ställer sig tveksam till de mycket allmänt hållna strukturella målen eftersom de berör hela fördelnings- och socialpolitiken. Kommittén kritiserar också för att inte ha analyserat målkonflikter och i begränsad utsträckning konkretiserat målen i besluts- och utvecklingsprocesser. *Statskontoret* anser att målen är allmänt hållna och kontoret saknar tydliga redovisningar och jämförelser av kostnader och nytta med de förslag som lämnas. Kontoret saknar redovisning av målkonflikter eller vilka mål som bör prioriteras framför andra. *Naturvårdsverket* anser att kopplingen mellan de nationella folkhälsomålen och miljö kvalitetsmålen borde ha stämts av på ett mer systematiskt sätt. *Statens folkhälsoinstitut* ställer sig bakom förslag till mål, delmål och visioner. *Riksrevisionsverket* har inte några principiella invändningar mot de föreslagna målen och instämmer i kommitténs beskrivningar av hälsans bestämningsfaktorer. Verket anser dock att kommittén inte har presenterat någon grundläggande diskussion om vad folkhälsopolitik är och vilka möjligheter och begränsningar som finns för att genomföra en effektiv folkhälsopolitik givet politikområdets

tvärssektoriella karaktär. Kommittén borde enligt verket ha diskuterat vad som går att uppnå inom ramen för en mer snäv folkhälsopolitik och vilka möjligheter och begränsningar som finns att föra folkhälsopolitik inom andra politikområden. *Svenska Kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* delar kommitténs uppfattning om vision, övergripande riktlinjer och mål.

En majoritet har uppfattningen att det är nödvändigt att folkhälsofrågorna samordnas på alla nivåer i samhället och att staten, landstingen och kommunerna måste samverka för att kunna nå resultat. Statskontoret uppger att det finns svårigheter förknippade med att ansvaret är utspritt mellan ett flertal aktörer och att ingen på verksamhetsnivå har folkhälsofrågor som sitt kärnområde. Statens folkhälsoinstitut vill särskilt betona att den sektorsövergripande ansats som valts kräver långsiktighet, uthållighet, en väl fungerande samordning inom Regeringskansliet samt en konkret styrning av berörda statliga myndigheter. Vidare anser institutet att det krävs stöd och ett förtroendefullt samarbete mellan centrala myndigheter, kommuner, landsting, frivilliga och privata organisationer. Dessa förutsättningar är avgörande för att förverkliga de nationella folkhälsomålen.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Utgångspunkter

Ett övergripande nationellt folkhälsomål behövs för att klargöra att ett folkhälsoperspektiv skall genomsyra samtliga politikområden. Ansvaret för folkhälsoarbetet ligger inte enbart hos de myndigheter och organisationer som redan i dag har ett uttalat ansvar för folkhälsofrågor utan ansvaret är vidare än så. Det är helt avgörande med ett brett välfärdspolitiskt perspektiv på folkhälsopolitiken om skillnaderna i hälsa mellan olika grupper skall komma att minska.

Den nyligen genomförda omorganisationen av Statens folkhälsoinstitut var det första steget i regeringens arbete mot ett mer samordnat, kunskapsbaserat och målinriktat folkhälsoarbete (jfr prop. 2000/01:99, bet. 2000/01:SoU16, rskr. 2000/01:233). Med denna proposition tar regeringen nästa steg genom att föreslå ett övergripande nationellt mål, elva målområden, former för nationell samordning samt en gemensam struktur för det samlade folkhälsoarbetet.

Ett övergripande folkhälsomål

Regeringens förslag till övergripande mål för folkhälsoarbetet är *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. Det övergripande målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen. För att nå målet krävs insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från näringslivet, från folkrörelserna och från individerna själva.

Historiskt har de ekonomiska och sociala frågorna haft en hög prioritet i Sverige. Under senare år har även miljö- och kulturfrågor uppmärks-

sammats i allt högre grad. Den senaste tidens utveckling med en fortsatt ojämlikhet i hälsa, en ökad arbetsrelaterad ohälsa och en ökad självrapporterad psykisk ohälsa, främst bland barn och ungdomar, innebär att regeringen anser att samhället måste agera för att skapa en god balans mellan tillväxt, sysselsättning, trygghet, god miljö och en god hälsa på lika villkor.

Mål utifrån bestämningsfaktorer

Forskningen har visat att flertalet av dagens sjukdomar och hälsoproblem beror på flera samverkande faktorer. Det betyder att det sällan finns en enda faktor som är tillräcklig för att en individ skall bli sjuk. Dessutom är exponering för en och samma riskfaktor ofta en bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador. Det är därför mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på så kallade bestämningsfaktorer för hälsan, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan, än på enskilda sjukdomar. Genom att åtgärda orsaker till ohälsa eller utveckla friskfaktorer tydliggörs folkhälsoarbetets politiska karaktär. Det blir ett gemensamt samhällsansvar. Ju tidigare i orsakskedjan en insats kan sättas in desto fler människor kan omfattas av insatsen och den förebyggande effekten blir större. Det är även lättare att följa bestämningsfaktorernas utveckling än att följa sjukdomsutvecklingen eftersom den tid som förflyter fram till att sjukdom eller annan ohälsa visar sig ibland kan vara flera decennier. Men att sätta fokus på bestämningsfaktorer är framför allt ett sätt att betona att olika samhällssektorer bidrar till att orsaka sjukdom eller främja hälsa. Insatser som riktar sig mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och ohälsoproblemen bör enligt regeringen prioriteras.

Målområden i stället för nya nationella mål

Folkhälsokommittén föreslår en övergripande vision, 6 övergripande riktlinjer och 18 nationella folkhälsomål. Kommitténs förslag har stor relevans för det folkhälsopolitiska arbetet. Regeringen håller i huvudsak fast vid kommitténs förslag men gör några justeringar för att uppnå en bättre anpassning till den existerande modellen för regeringens styrning av statsförvaltningen. Skälen för detta är flera. Regeringen anser att det i dag inte finns något generellt behov av att formulera nya mål för regeringens politikområden eller lägga förslag på en ändrad statlig verksamhetsindelning. Regeringen har i stället valt att definiera de områden som bör ingå i en samlad mål- och uppföljningsstruktur. Inom dessa områden behålls i huvudsak den i dag gällande ansvars- och verksamhetsindelningen. Den föreslagna mål- och uppföljningsstrukturen bedöms därför inte innebära nya målkonflikter och avgränsningsproblem mellan olika politikområden och verksamheter. Istället för Folkhälsokommitténs 6 övergripande riktlinjer och 18 nationella folkhälsomål föreslår regeringen 11 målområden. Enligt regeringen bör dessa målområden delas in enligt följande:

- Delaktighet och inflytande i samhället.
- Ekonomisk och social trygghet.

- Trygga och goda uppväxtvillkor.
- Ökad hälsa i arbetslivet.
- Sunda och säkra miljöer och produkter.
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- Gott skydd mot smittspridning.
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.
- Ökad fysisk aktivitet.
- Goda matvanor och säkra livsmedel.
- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

De elva målområdena för folkhälsan, se vidare avsnitt 5, har valts för att det inom dessa områden finns vetenskapligt underlag som visar att avsaknaden av i första hand insatser från samhällets sida kan leda till ohälsa. Inom dessa områden återfinns de bestämningsfaktorer som både kan främja hälsa och leda till ohälsa. Den av regeringen valda inriktningen innebär därmed att insatser för att nå det övergripande folkhälso-målet inte bara sker inom politikområdet folkhälsa, så som det definieras i regeringens styrning av myndigheterna. Viktiga åtgärder för att förbättra folkhälsan kommer under de närmaste åren även att vidtas inom t.ex. socialpolitiken, jämställdhetspolitiken, barnpolitiken, handikapppolitiken, äldrepolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, arbetsmarknads- och arbetslivspolitiken, bostadspolitiken, utbildningspolitiken, miljöpolitiken och kulturpolitiken.

För att nå det övergripande folkhälsomålet krävs ett långsiktigt, mål-inriktat och sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som har ett avgörande inflytande på folkhälsans utveckling. För att möjliggöra detta krävs en bättre samordning på samtliga nivåer i syfte att uppnå större effektivitet samt ökade kunskaper om olika åtgärders samlade effekter på folkhälsan.

Redan beslutade mål

Den statliga verksamheten är indelad i politikområden. Politikområdesindelningen syftar till att möjliggöra en bättre koppling mellan mål, kostnader och resultat. Regeringen har i budgetpropositionen för år 2003 redovisat mål och inriktning för samtliga politikområden (prop. 2002/03:1). Dessa mål överensstämmer väl med flertalet av kommitténs förslag till nationella mål. Som exempel kan nämnas att målet för handikappolitiken är att samhället ska utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Målet för barnpolitiken är att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Målet för arbetsmarknadspolitiken är en väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt osv. Det är regeringens bedömning att dessa mål fungerar väl som utgångspunkt för det samlade folkhälsoarbetet. Folkhälsoperspektivet kan tydliggöras ytterligare genom delmål och preciserade etappmål som beslutas av regeringen.

Sedan år 2001 finns politikområdet folkhälsa. Detta politikområde omfattar insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. De sakområden med betydelse för hälsan som ligger inom politikområdet folkhälsa är tobak, alkohol, narkotika, dopning, smittskydd och hälsoskydd, förebyggande av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, matvanor och fysisk aktivitet samt spelberoende. Politikområdet folkhälsa är ett av flera politikområden som har betydelse för att nå det övergripande nationella folkhälsomålet. En redovisning av politikområden och mål i budgetpropositionen för år 2003 av betydelse för folkhälsoarbetet samt ansvariga myndigheter återfinns i *bilaga 3*.

Mål och inriktning för olika samhällsliga verksamheter finns även angivna i nationella handlingsplaner, övriga riktlinjepropositioner samt i lagstiftning, myndigheternas instruktioner och årliga regleringsbrev.

Uppföljning och utvärdering

Nya kunskaper, ändrade värderingar och utvecklingen i omvärlden kommer att leda till att målen fortlöpande behöver omprövas. I ett mål- och resultatstyrningssystem är uppföljning och utvärdering av avgörande betydelse för att bedöma hur folkhälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet fortskrider. Det är därför viktigt att finna effektiva metoder för uppföljning.

Arbetet med att nå det nationella folkhälsomålet skall följas upp, analyseras och utvärderas. Resultaten av ett sådant arbete presenteras i en sektorsövergripande folkhälsopolitisk rapport. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att ta fram en sådan folkhälsopolitisk rapport under innevarande mandatperiod. Den folkhälsopolitiska rapporten skall presentera utvecklingen av olika indikatorer dvs. statistik som koncentrerat mäter utvecklingen av de viktigaste faktorerna som påverkar folkhälsan (folkhälsans bestämningsfaktorer). Rapporten skall även redovisa vidtagna åtgärder tillsammans med en bedömning av resultaten och de mer långsiktiga effekterna av genomförda insatser för att nå det övergripande folkhälsomålet. Regeringen kommer också regelbundet att i en skrivelse till riksdagen redovisa folkhälsans utveckling i befolkningen och de åtgärder som vidtas för att förbättra denna.

Enligt regeringens bedömning krävs det ytterligare underlag för att bestämma de indikatorer och den statistik som bäst mäter sambanden mellan bestämningsfaktorer och deras effekter på folkhälsan. Regeringen har därför givit Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att i samarbete med berörda statliga myndigheter samt kommun- och landstingsförbunden initiera ett sådant utvecklingsarbete samt lämna förslag på vilka befintliga indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer (folkhälsomålsindikatorer) som bör ingå i uppföljningssystemet. Dessutom behövs kunskap om vilka ytterligare indikatorer som bör tas fram. Arbetet skall redovisas till regeringen senast den 31 mars 2003.

För att Statens folkhälsoinstitut skall klara att leverera de underlag som regeringen behöver förutsätts det att samtliga berörda statliga myndigheter deltar aktivt och bistår med underlag och analyser. Detta förutsätter också att dessa myndigheter tar sitt kostnadsansvar för uppföljning, analys och avrapportering av frågor som berör folkhälsan inom sin sektor. I myndigheternas ansvar ingår redan idag att följa upp och utvärdera

den egna måluppfyllelsen, en uppföljning som också bör omfatta hur insatserna bidragit till att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan. En viktig utgångspunkt bör vara att sträva efter att den nationella informationen skall vara användbar och till nytta även på regional och lokal nivå samt så långt möjligt även nedbrytbar till regional och lokal nivå.

Det är av stor vikt att en uppföljning och utvärdering av det samlade folkhälsoarbetet även omfattar den regionala och lokala nivån. Ett samarbete har initierats mellan Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitut för att diskutera hur rapporteringen från lokal och regional nivå till nationell nivå skall kunna ske för att bidra med förbättringar till det folkhälsoarbete som bedrivs på den regionala och lokala nivån. Rapporteringen bör i möjligaste mån samordnas med annan rapportering och inte innebära några direkta volymökningar eller försvåra för huvudmännen. Det är också viktigt att befintliga kanaler som t.ex. landstingens folkhälso- och samhällsmedicinska funktioner används som rapportörer.

Parallellt med Statens folkhälsoinstituts arbete att utveckla indikatorer har Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för utveckling av index för folkhälsan. Detta arbete redovisas till regeringen i mars 2003 (se vidare avsnitt 6.1).

Statliga myndigheter med ansvar och uppgifter inom de elva målområdena

Olika statliga myndigheter har i dag ansvar för olika områden och verksamheter samt dithörande mål inom befintliga politik- och verksamhetsområden. Myndigheterna har detta ansvar i enlighet med lagar, förordningar, instruktioner, regleringsbrev och särskilda regeringsbeslut. Förslagen i denna proposition innebär inte några ändringar av gällande ansvarsfördelning mellan myndigheterna. I likhet med vad som redovisas i propositionen Svenska miljömål – delmål och åtgärdsstrategier (prop. 2000/01:130) skall varje statlig myndighet ha ett ansvar för frågor inom det egna politik- och verksamhetsområdet. Regeringens förslag till övergripande mål för folkhälsopolitiken innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som direkt påverkar folkhälsan också skall beakta dessas effekter på folkhälsan samt aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling. Det övergripande folkhälsomålet och målområdena är vägledande för arbetet med att utveckla verksamhetsmål och delmål samt åtgärdsstrategier för de statliga myndigheter som har ett ansvar i folkhälsoarbetet. Regeringen avser att uppdra åt myndigheter med särskilt ansvar i arbetet för folkhälsan att redovisa sitt arbete för att nå det nationella folkhälsomålet och i rätt riktning påverka de för myndigheten särskilt relevanta målområdena. I redovisningen skall myndigheten identifiera sin roll och hur myndighetens åtgärder påverkar utvecklingen för det nationella folkhälsomålet. Därutöver skall mål, delmål och vid behov mer preciserade etappmål, och åtgärdsstrategier inom myndighetens ansvarsområden inklusive hur myndigheten kan stödja aktörer – t.ex. regionalt och lokalt – och erfarenhetsutbyte inom sin sektor ingå. I redovisningen ingår också att precisera hinder och möjligheter att nå målen samt behov av metodutveckling och stöd. Statens folkhälsoinstitut har ett

särskilt ansvar att samordna detta arbete samt stödja myndigheterna i arbetet. Statens Folkhälsoinstitut bör få i uppdrag att redovisa en samlad strategi för hur detta arbete skall ske.

I *bilaga 3* redovisas vilka myndigheter som redan i dag har betydande uppgifter eller ansvar inom de elva målområden som redovisas i denna proposition.

Samordning på nationell nivå

Folkhälsofrågorna måste få en större tyngd i regeringens arbete. Människors hälsa är en av de allra viktigaste frågorna för en välfärdsstat. När vi nu under lång tid har sett att det finns oacceptabla skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället behöver folkhälsan prioriteras högre inom flertalet politikområden. Det är därför angeläget att det i det löpande arbetet sker en sektorsövergripande politisk styrning av folkhälsoarbetet med utgångspunkt i fastlagda mål. Den mest effektiva processen för detta i Regeringskansliet är den gemensamma beredningen. Det är viktigt att frågor som berör de elva målområdena alltid bereds gemensamt med folkhälsoenheten på Socialdepartementet.

I EG-fördraget uttalas att en hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. Detta innebär att man inom alla politikområden skall beakta konsekvenserna för folkhälsan när man utformar förslag. Ett motsvarande krav bör ställas på nationella åtgärder inom de elva målområdena. När departementen utarbetar förslag till propositioner och andra beslut så bör konsekvenserna för folkhälsan beaktas inom alla politikområden. På motsvarande sätt bör myndigheterna beakta konsekvenserna för folkhälsan i sin verksamhet.

För att åstadkomma en önskad kraftsamling behöver också berörda departement och myndigheter samverka bättre än tidigare. Ett sätt att åstadkomma detta är att regeringen inrättar en särskild nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor under folkhälsoministerns ledning. Ledningsgruppen skall verka för samordning på nationell, regional och lokal nivå för att nå det övergripande målet. Ledningsgruppen skall fortlöpande följa och stämma av de olika insatser av nationell karaktär som olika statliga eller andra aktörer har att fullgöra, t.ex. arbetet med den folkhälsopolitiska rapporten, samt stimulera och stödja en lokal och regional samordning av folkhälsoarbetet. I ledningsgruppen bör ingå företrädare för berörda departement, större myndigheter samt kommun- och landstingsförbunden. En sådan ledningsgrupp kan inte ha någon beslutande funktion gentemot enskilda myndigheter eller kommuner och landsting. Den bör inte heller ha samordningsuppgifter när det gäller uppföljning och utvärdering som i dag ligger på Statens folkhälsoinstitut. När en ledningsgrupp för folkhälsofrågor inrättas så bör den nuvarande ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser upphöra och dess frågor i stället behandlas inom den nya ledningsgruppen eller av Alkoholkommittén (S 2001:02) eller i referensgrupper som initieras av den nationelle narkotikasamordnaren (S 2002:03). Inom miljöområdet har ett särskilt miljömålsråd inrättats och knutits till Naturvårdsverket. Miljömålsrådet är ett organ för samråd och samverkan i arbetet med att nå miljökvalitetsmålen. Rådet skall enligt sin instruktion

göra en samlad uppföljning av miljösituationen i förhållande till miljö-kvaltetsmålen, svara för övergripande samordning av information om miljömålen samt för den regionala anpassningen av miljö-kvaltetsmålen. Regeringen kommer att följa och fortlöpande pröva om det finns erfarenheter av ledningen av miljömålsarbetet som också bör tas till vara inom folkhälsomålsarbetet.

Statens folkhälsoinstitut skall redan i dag enligt sin instruktion svara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området och ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, tobaks- och narkotikaområdena (jfr förordningen (2001:309) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut). Statens folkhälsoinstitut ombildades den 1 juli 2001. Ombildningen gjordes med sikte på de uppgifter som institutet bör få när det gäller att svara för samordning av och stöd till det sektorsövergripande folkhälsoarbetet samt den samlade uppföljningen och utvärderingen av det övergripande målet och de elva målområdena.

Vidare avser regeringen under 2003 att inrätta ett friluftsråd vid Naturvårdsverket. Detta råd kommer att fungera som forum för de myndigheter, organisationer, forskare m.fl. som på olika sätt har beröring med friluftslivet och dess förutsättningar, t.ex. inom områden som folkhälsa.

Samordning på regional och lokal nivå

Kommuner och landsting har under de senaste åren spelat en framträdande roll i folkhälsoarbetet och medvetenheten om folkhälsofrågor har ökat. Folkhälsofrågorna har flyttats upp på den politiska dagordningen och är i dag en mer tydlig angelägenhet för kommuner och landsting. För att folkhälsoarbetet skall bli verkningsfullt bör samordning ske även på regional och lokal nivå i linje med regeringens förslag till målområden. Former bör utvecklas för ett fortlöpande och ömsesidigt informations- och erfarenhetsutbyte mellan Statens folkhälsoinstitut och lokala respektive regionala företrädare. Ett antal genomförandeseminarier bör hållas sedan denna proposition har behandlats av riksdagen i syfte att diskutera hur det fortsatta arbetet med mål, åtgärdsstrategier, uppföljning och utvärdering skall utformas. Dessa seminarier bör genomföras i samverkan mellan Statens folkhälsoinstitut, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet samt berörda statliga myndigheter. Regeringen anser att det är av allra största vikt att det inte bara sker ett samarbete mellan regional och lokal nivå utan även att arbetet bättre samordnas internt inom kommuner och landsting i syfte att få till stånd ett mer effektivt folkhälsoarbete. Av stor vikt är även kommuners och landstings samarbete kring folkhälsofrågorna med ideella organisationer och näringsliv.

Därutöver är det viktigt att det sker ett samarbete mellan nationell, regional och lokal nivå och att de olika aktörerna gemensamt arbetar för att hitta effektiva kommunikationskanaler. Hur samarbetet och samordningen mellan nationell, regional och lokal nivå skall utformas bör diskuteras vidare i den föreslagna nationella ledningsgruppen för folkhälsofrågor. Vidare bör en särskild utredare få i uppdrag att närmare överväga i vilka avseenden befintlig lagstiftning bör ändras för att svara

mot det övergripande folkhälsomålet samt i detta sammanhang överväga former för redovisning till nationell nivå av det folkhälsoarbete som görs på lokal och regional nivå, se avsnitt 6.5.

Eftersom folkhälsofrågorna i dag har en mer självklar plats i kommuner och landsting har frågorna även kommit att bli mer prioriterade av förbunden. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitut har skapat ett nytt forum för folkhälsofrågor i syfte att stödja kommuner och landsting i det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Målet är att alla kommuner och landsting på sikt skall bedriva ett aktivt folkhälsoarbete genom erfarenhetsutbyte och spridning av kunskap. Regeringen ser positivt på detta initiativ. Ytterligare exempel på hur samordningen på regional och lokal nivå kan stärkas är samarbete kring t.ex. lokala välfärdsbokslut, hälsobokslut och hälsokonsekvensbedömningar. Folkhälso- och samhällsmedicinska funktioner inom landstingen kan i sin roll som kunskapsutvecklare och kunskapsförmedlare både stärka och stödja det lokala folkhälsoarbetet och därmed underlätta samordningen av folkhälsoarbetet på regional och lokal nivå. Eftersom Statens folkhälsoinstitut i sin nya roll redan har ett nationellt ansvar som kunskapscentrum, dvs. för kunskapsutveckling, kunskapsspridning och metodutveckling m.m., är det av stor vikt att det sker ett nära samarbete mellan landstingens folkhälso- och samhällsmedicinska funktioner och institutet. Folkhälso- och samhällsmedicinska funktioner bör även kunna utgöra en viktig länk mellan institutet, landstingen och kommunerna.

Länsstyrelsen har redan nu viktiga uppgifter inom politikområdet folkhälsa, inom främst alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Mot bakgrund av att regeringen föreslår ett övergripande folkhälsomål som berör flera politikområden med betydelse för folkhälsan bör länsstyrelsernas roll i det sektorsövergripande folkhälsoarbetet tydliggöras bl.a. i instruktionen för länsstyrelserna.

Det övergripande folkhälsomålet och målområdena bör kunna vara vägledande och fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå, dvs. för kommuner och landsting, frivilligorganisationer, näringsliv och övriga aktörer att bryta ner mål och delmål så att de blir uppföljningsbara och användbara utifrån deras behov och förutsättningar samt vidta åtgärder för att nå dessa mål.

Riksdagens tillkännagivande om mål för det självmordspreventiva arbetet

Med anledning av socialutskottets betänkande 2001/02:SoU19 om folkhälsofrågor gjorde riksdagen den 5 juni 2002 ett tillkännagivande till regeringen om att mål bör antas för det självmordspreventiva arbetet (rskr. 2001/02:308). Bakgrunden är den psykiska ohälsan som ett växande folkhälsoproblem och WHO:s mål att bryta den stigande trenden av självmord och självmordsförsök i Europaregionen. Rapporter om ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar inger också oro.

Självmordet är enligt regeringens uppfattning den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. Det finns ett starkt samband mellan depression och självmord. Insatser som syftar till prevention av psykisk ohälsa i ett bredare perspektiv är fundamentala även när det gäller självmordsprevention. Sådana insatser måste dock kompletteras med en rad specifika självmordsförebyggande åtgärder.

Regeringens bedömning är, som redogjorts för ovan, att det är hälsans bestämningsfaktorer, dvs. de samhällsfaktorer som påverkar folkhälsan och som återfinns i samhällets struktur, i miljön och i befolkningens levnadsvanor, som skall fokuseras i folkhälsopolitiken. Därför presenteras inte något särskilt mål för det självmordsförebyggande arbetet – liksom inga mål heller presenteras för cancerprevention, prevention av hjärt- och kärlsjukdomar osv. Däremot är det ytterst i folkhälsans utveckling – där också utvecklingen av självmord och självmordsförsök ingår som en viktig faktor att följa – som resultatet av folkhälsopolitiken kan avläsas. Frekvensen självmord och självmordsförsök kommer att utgöra en viktig indikator liksom utvecklingen av det preventiva arbetet när det gäller att följa upp och utvärdera vissa målområden liksom det övergripande folkhälsomålet.

Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), som drivs gemensamt av Institutet för psykosocial medicin och Stockholms läns landsting, presenterade år 1995 ett nationellt program för självmordsprevention. Programmet ger en god vägledning för det förebyggande arbetet, inte minst på lokal och regional nivå. Tidig upptäckt av tecken på depression, självmordstankar och självmordsbeteende är viktiga delar i preventionen. De regionala nätverken för självmordsprevention, som samlar aktiva inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola, kyrkor och andra frivilliga organisationer, har här stor betydelse för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte. På nationell nivå samordnas nätverken av NASP, som även arbetar med insamling och förmedling av kunskap samt initierar och bedriver forskning och utvecklingsarbete kring prevention av psykisk ohälsa och självmord.

I Sverige har självmordstalen de senaste decennierna sjunkit, förutom i åldersgruppen 16–24 år. Även psykisk ohälsa och depression i den växande andelen äldre i befolkningen behöver uppmärksammas mer än tidigare. I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) ingår att kommuner och landsting under åren 2001–2004 får ett extra tillskott på nio miljarder kronor, som bl.a. skall användas till att utveckla det tidiga stödet till barn och ungdomar med psykiska problem och till en utveckling av insatserna för äldre med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och NASP har även utvecklat självmordsförebyggande program för skolor.

4.2 Ojämligheten i hälsa måste motverkas

Regeringens bedömning: Utgångspunkten för allt folkhälsoarbete är alla människors lika värde. Den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas. Barns, ungdomars, äldres och invandrades förutsättningar att på lika villkor utveckla och bibehålla en så god hälsa som möjligt bör särskilt uppmärksammas.

Nationella folkhälsokommitténs bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens.

Remissinstanserna: Delar kommitténs bedömning.

Utgångspunkter

Utgångspunkten för folkhälsopolitiska strävanden är alla människors lika värde. Det betyder att varje individ skall ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar. Alla individer är unika. En del har lyckan att födas fullt friska av kärleksfulla föräldrar som har materiella förutsättningar att ge barnen en god start i livet. En del föds med svåra funktionshinder, en del bär med sig en genetisk känslighet, andra blir sårbara genom en otrygg start i livet eller omständigheter i vuxenlivet. Under livscykeln varierar dessutom hälsan hos oss alla.

Hälsan och ohälsan, som vi i dag kan mäta den, är ojämnt fördelad. Det beror mer på olika livsvillkor och levnadsvanor än genetiska faktorer. Samhällets struktur kan också i sig vara den negativa faktor som utlöser ohälsa. Därmed är utvecklingen av hälsan något som är en samhällselig angelägenhet. För ett demokratiskt samhälle, med den humanistiska människosynen som grund, är det självklart att försöka ändra de villkor som främst skapar de påverkbara skillnaderna i hälsa.

Varje individ måste därmed ges möjligheter att nå den hälsa som är individuellt möjlig. För att det skall kunna ske krävs en samhällsmiljö och en samhällsstruktur som är hälsovänlig för alla, men också särskilt stöd åt vissa individer och grupper i samhället. Samhället bör agera för att kompensera de individer som har fått en sämre start i livet. Här är insatser i förskolan, skolan och i bostadsområdena av stor betydelse. Den ekonomiska familjepolitiken är också viktig för att ge alla barn och ungdomar rimliga förutsättningar.

Dagens svenska samhälle präglas i grunden av en god fysisk och social miljö. Det avspeglas tydligast i den ökande medellivslängden och den mycket låga spädbarnsdödligheten. Däremot kvarstår stora skillnader i hälsa, som inte är biologiskt betingade. Eftersom skillnaderna följer mycket tydliga sociala mönster, så beror inte olikheterna i hälsa främst på individernas medvetna val av livsstil. I ett gott samhälle skall inte medborgarna ha så olika villkor att konsekvenserna blir stora skillnader i livslängd eller sjuklighet.

Eftersom det svenska samhället under det förra seklet utvecklades till ett på många sätt hälsovänligt samhälle, så är den stora utmaningen för samhället i dess helhet att främst prioritera sådana insatser som kan utjämna de påverkbara skillnaderna i hälsa. Ett sådant samhälle blir också bättre och tryggare att leva i för alla människor.

Det är regeringens mening att jämlikhet, jämställdhet och effektivitet bör vara viktiga utgångspunkter för folkhälsoarbetet. Jämlikhet innebär att människor oavsett klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder skall ges samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor. Jämställdhet i folkhälsoarbetet fokuserar på ojämlikheter i hälsa mellan könen. Effektivitet innebär att folkhälsoarbetet koncentreras till områden där vetenskap och beprövad erfarenhet talar för att avsaknaden av insatser skulle kunna leda till ohälsa. Ett effektivt folkhälsoarbete bör innehålla både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är viktigt att understryka att hälsofrämjande insatser och ett hälsofrämjande perspektiv dessutom bör genomsyra hela samhället.

Forskning har visat att det finns stora skillnader i hälsa mellan könen och mellan olika socioekonomiska grupper. Det finns även hälsoskillnader mellan människor av olika etnicitet eller kultur och med olika sexuell läggning. Människor med funktionsnedsättningar är en utsatt grupp ur hälsosynpunkt. Det är viktigt att deras funktionsnedsättningar inte därutöver påverkar hälsan negativt i andra aspekter. Att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen kräver ett synliggörande i politiken av olika individers och gruppers specifika behov, villkor och förutsättningar utifrån ett hälsoperspektiv. Detta är nödvändigt för att tydliggöra vilka individer och grupper som har mest eftersatt hälsa, hur ohälsan tar sig uttryck och hur den kan motverkas. Forskningen har även visat att graviditetsperioden och barnets första år är särskilt viktigt för hälsan senare i livet. Därför är tidiga generella insatser och stöd riktade till blivande föräldrar och till barn via t.ex. mödra- och barnhälsovården extra viktiga för att främja en långsiktig god hälso-utveckling. Även hälso-utvecklingen i den växande andelen äldre i befolkningen bör beaktas.

Ett klassperspektiv

Det finns ett samband mellan hälsa, yrke, klass och andra socioekonomiska förhållanden. Detta beror både på att rekryteringen till olika yrken är olika med avseende på människors bakgrund, hälsa och hälsobeteende och på att arbetets innehåll och organisation påverkar hälsan. Enligt praktiskt taget alla mått på hälsa ligger arbetare sämre till än tjänstemän. Arbetarkvinnor är i de flesta avseenden särskilt utsatta för dålig hälsa. I LO:s rapport "Ohälsans trappa" från år 2001 visar författarna hur klasstillhörighet och hälsa hänger samman. När det gäller långvarig sjukdom är risken att drabbas mycket större bland arbetare än bland andra grupper och det finns också tydliga skillnader mellan könen. De båda ytterligheterna är kvinnliga arbetare och manliga högre tjänstemän. Att ha svår långvarig sjukdom är i åldersgruppen 45–64 år ungefär fyra gånger vanligare i den förstnämnda gruppen än i den sistnämnda.

Trots att utbildningsnivå och klasstillhörighet inte alltid sammanfaller finns samma systematiska mönster av skillnader mellan personer med olika grad av utbildning. Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport från år 2001 har de med låg utbildning större sjukdomsrisker än de högutbildade. Skillnaderna finns på alla utbildningsnivåer. Orsakerna är även här dubbelriktade. De med bristande hälsa kan mer sällan än de med god hälsa skaffa sig en hög utbildning. Låg utbildning medför också i sin tur levnadsvillkor och arbetsvillkor som leder till sämre hälsa.

LO:s rapport visar också att det finns starka samband mellan hälsa och lön. De lågavlönade har den sämsta hälsan. Med högre lön förbättras hälsan successivt. Det bör poängteras att det inte i första hand är lönen i sig som bestämmer hälsan utan att det finns mycket starka samband mellan låg lön, dålig arbetsmiljö, liten frihet i arbetet, ekonomisk stress, dålig boendestandard och begränsade möjligheter till semesterresor, rekreation, kultur etc. Det är alltså inte bara löneskillnaderna som är stora mellan olika arbeten, utan till detta skall också läggas att arbets- och levnadsvillkoren är fördelade på samma sätt – och därmed också hälsan.

När det gäller värk i ben, rygg och armar är de klass- eller yrkesmässiga skillnaderna mycket stora. Kvinnliga arbetare drabbas ojämförligt mycket hårdare än andra grupper.

Det psykiska välbefinnandet är sämre bland arbetare än bland tjänstemän. Återkommande huvudvärk är vanligare bland arbetare, särskilt kvinnor, än bland tjänstemän. Sömnbesvär ökar påtagligt med stigande ålder och är också betydligt vanligare hos kvinnor än hos män. Den grupp som mest av alla anger sömnbesvär är kvinnliga arbetare i åldersgruppen 45–64 år.

Sambanden mellan rökning och ohälsa har dokumenterats i en rad undersökningar. Rökning är en betydande riskfaktor när det gäller flera olika typer av sjukdomar och dödlighet. LO-rapporten visar att de yrkesmässiga skillnaderna är stora. Bland arbetare finns fler män och kvinnor som röker dagligen än det finns bland tjänstemän. Detta gäller oavsett ålder.

Övervikt och fetma utgör betydande riskfaktorer för allmänt nedsatt hälsa, för sjuklighet och för tidig död. Andelen överviktiga är större bland arbetare än bland tjänstemän och större bland män än bland kvinnor. Bland unga under 30 år finns den största andelen överviktiga i grupperna manliga arbetare och manliga låg- och mellantjänstemän. Ungefär 35 procent i dessa båda grupper är överviktiga.

Regelbunden fysisk aktivitet bidrar till att förebygga sjukdom, till att den fysiska arbetsförmågan förbättras och ofta också till ett ökat psykiskt välbefinnande. De yrkesmässiga skillnaderna är stora när det gäller motionsvanor och märks alldeles särskilt bland männen. Allra minst motionerar manliga arbetare i åldersgruppen 30–64 år.

Det råder inga tvivel om att individens socioekonomiska tillhörighet påverkar levnadsvanor och hälsa. Mot denna bakgrund anser regeringen att det är av stor vikt att de nationella, regionala och lokala aktörerna anlägger ett socioekonomiskt perspektiv i arbetet för en bättre folkhälsa i syfte att skapa en god hälsa på lika villkor.

Ett jämställdhetsperspektiv

Skillnaderna i hälsa mellan kvinnor och män är omfattande. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män samtidigt som de uppvisar fler symptom på sjuklighet. Kvinnor söker sjukvård, konsumerar läkemedel och är sjukskrivna i betydligt större utsträckning än män.

I antologin *Kön och ohälsa* (P. Östlin, red. Studentlitteratur 1996) diskuterar författarna de centrala begreppen kön och genus med avseende på hälsa. Kön beskriver de biologiska skillnaderna mellan kvinnor och män. Genus beskriver de skillnader mellan kvinnor och män som inte direkt kan uppfattas som biologiskt givna utan snarare som socialt och kulturellt skapade, dvs. livsvillkor, självuppfattning, hur män och kvinnor blir betraktade i samhället, hur de värderar det samhälle de lever i m.m.

Forskning utifrån en biologisk förklaringsmodell har visat att kvinnors och mäns olika biologiska konstitution kan medföra skilda risker för olika typer av sjuklighet. Till exempel löper kvinnor större risk än män att få skador vid exponering för fettlösliga kemiska substanser. Det beror på att kvinnor, proportionellt sett, har större mängd fettvävnad, tunnare

hud och långsammare ämnesomsättning, vilket gör att kemikalier stannar längre tid i kroppen och medför högre koncentrationsnivåer i blodet.

Forskning som fokuserar på sociala och kulturella orsaker till skillnader i ohälsa mellan kvinnor och män har visat att kvinnors och mäns skilda arbetsförhållanden, familjesituation, sociala relationer, ekonomiska tillgångar och livsstil skapar skillnader i hälsa. Ett jämställdhetsperspektiv på folkhälsoarbetet behöver således fokusera på såväl biologiska som sociala och kulturella faktorer.

Inom en rad områden saknas forskning om kvinnors hälsa. När det gäller exempelvis kvinnors arbetsrelaterade hälsa pekar Arbetslivsinstitutet på fem olika typer av kunskapsbrist i yrkesmedicinsk forskning: kvinnor saknas i stor utsträckning i arbetsmedicinska studier, kunskap saknas om hälsoproblem som antingen är vanligast bland kvinnor eller specifika för kvinnor, kunskap saknas om effektiva förebyggande åtgärder inom kvinnoyrken, mer kunskap behövs om olikheter mellan könen i exponering inom samma yrke samt att traditionella begrepp och definitioner av arbetsrelaterad ohälsa har mannen som norm. Den könssegregerade arbetsmarknaden har lett till stora skillnader i arbetsvillkor för kvinnor och män vilket avspeglar sig i olika sjukdomsmönster.

Hälsokonsekvenserna av det obetalda hemarbetet är ett annat område som har ägnats begränsad uppmärksamhet. Att det finns ett samband mellan mängden obetalt hemarbete och hälsa förefaller dock tydligt. Direkta hälsokonsekvenser som har lyfts fram i forskning är bl.a. olycksfall, stress, monotoni och höga krav. Statistiska centralbyråns tidsstudier visar att kvinnor i genomsnitt utför två tredjedelar av allt hemarbete.

Flera genusaspekter kan och bör läggas på begreppet socialt kapital som bl.a. omfattar tillgång till socialt nätverk/socialt stöd. Ett välfungerande socialt nätverk anses av de flesta forskare vara ett skydd mot ohälsa. Generellt sett brukar män ange att de har sämre utvecklade sociala nätverk än kvinnor. Detta anses vara en viktig delförklaring till att ohälsa och förtida död är vanligare bland ensamstående män än bland ensamstående kvinnor. Men det finns undantag som visar att begreppet socialt kapital kan ha olika könsaspekter. För män kan det sociala nätverket t.ex. efter pensioneringen innebära ökad närhet och service, medan det för kvinnor också kan medföra ökade krav på arbetsinsatser i hemmet.

Det finns skillnader i hur läkemedel förskrivs till och används av kvinnor respektive män. Undersökningar visar att nyare och dyrare läkemedel i större utsträckning förskrivs till män än till kvinnor. Detta gäller t.ex. läkemedel mot magsår, höga blodfetter eller depression. Orsakerna till skillnaderna är oklara men kan ha samband med omedvetna attityder hos den som förskriver läkemedel liksom skillnader mellan mäns och kvinnors sätt att kommunicera. Studier har entydigt visat att kvinnor använder fler läkemedel än män i alla åldersgrupper utom i de allra lägsta. Förskrivningen av läkemedel mot depression till kvinnor är dubbelt så stor som förskrivningen till män. I de flesta åldersgrupper är även kostnaderna för läkemedel större för kvinnor än för män. Om man däremot studerar kostnaden per förskrivet läkemedel är den högre för män än för kvinnor. Detta beror på att män i genomsnitt får en större mängd läkemedel utskrivet per förskrivningstillfälle än kvinnor samt på att medicinerna som skrivs ut till män är nyare och därmed dyrare.

Ett för kvinnor viktigt folkhälsoproblem är det våld och de övergrepp som kvinnor utsätts för av framför allt makar, sammanboende eller andra närstående män. Detta är en tydlig orsak till ohälsa bland kvinnor och även bland de barn som tvingas bevittna misshandel och övergrepp. Mörkertalet kring förekomsten av våld riktat mot kvinnor antas vara stort och hälsokonsekvenserna är omfattande. Ur ett hälsoperspektiv är det också viktigt att titta på konsekvenserna av sexuella trakasserier i skolor och på arbetsplatser.

En annan typ av våld som kvinnor utsätts för i Sverige är som offer för den internationella sexhandeln där kvinnor och barn säljs och tvingas till prostitution. Det sexualiserade våldet mot kvinnor vidmakthåller en förnedrande syn på kvinnors sexualitet och leder till stor ohälsa för kvinnor. Sexualiserat våld är därför en folkhälsopolitisk fråga.

Mot bakgrund av kvinnors och mäns skilda livsvillkor, livsstil och biologi är ett integrerat genusperspektiv i det nationella, regionala och lokala folkhälsoarbetet nödvändigt. Detta krävs för att förverkliga det övergripande målet för folkhälsoarbetet och inte minst regeringens mål för jämställdhetspolitiken om ett samhälle där kvinnor och män har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla områden i livet. Detta innebär en jämn fördelning av makt och inflytande mellan kvinnor och män, samma möjligheter till ekonomiskt oberoende, lika villkor och förutsättningar i fråga om företagande, arbete, arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter i arbetet, lika tillgång till utbildning och möjligheter till utveckling av personliga ambitioner, intressen och talanger, delat ansvar för hem och barn samt frihet från könsrelaterat våld. Det är regeringens bedömning att behovet av forskning om kvinnors och mäns hälsa utifrån kön och genus är stort och att forskningsinsatserna behöver öka. Ett jämställdhetsperspektiv bör även genomsyra den uppföljning och utvärdering samt kunskaps- och metodutveckling som kommer att ske till följd av förslagen i denna proposition.

Invandrares hälsa

Sverige är i dag ett land med etnisk och kulturell mångfald. Ett nytt migrationsmönster har lett till att antalet utlandsfödda personer ökat från knappt 200 000 år 1950 till ca 970 000 år 1999. Av dessa hade år 1999 drygt 40 procent varit bosatta i Sverige 20 år eller mer och 60 procent i minst 10 år. Ytterligare ca 800 000 personer är födda i Sverige av minst en förälder med rötter i ett annat land. Det betyder att omkring 1,8 miljoner personer som lever i Sverige har helt eller delvis utländsk bakgrund.

Ett fåtal studier har gjorts om levnadsförhållandena hos olika invandrargrupper i Sverige. Sammantaget visar dessa studier att invandrare i många avseenden har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen i Sverige. De visar också att det finns stora hälsoskillnader mellan kvinnor och män i de undersökta grupperna.

Socialstyrelsens rapport *Olika villkor – olika hälsa* (SoS-rapport 2000:3) som beskriver levnadsförhållandena för invandrare som under 1980-talet kom till Sverige från Chile, Iran, Polen och Turkiet, visar att det i huvudsak är samma faktorer som har samband med hälsa bland infödda svenskar som bland de undersökta invandrargrupperna. Studien

visar också att faktorer som är knutna till invandringen i sig har ett samband med hälsoutfallet. Det kan handla om upplevelse av diskriminering, om förmåga att tala och förstå det svenska språket och om erfarenheterna som legat till grund för själva migrationen. Statens folkhälsoinstitut har också nyligen redovisat att Sverigefinnar uppvisar en högre grad av ohälsa än infödda svenskar.

Flyktingar med traumatiska upplevelser riskerar särskilt att utveckla psykisk ohälsa. Många flyktingar drabbas av posttraumatiska stressreaktioner (PTSD). Flyktingar kan många gånger också lida av sömnrörningar, plågsamma minnesbilder, koncentrationssvårigheter, förvirringstillstånd, fysiska symtom, ångest och depression. Därutöver förekommer missbruk av olika slag som följd. Flyktingbarn är särskilt utsatta. Mardrömmar, sömngätning, koncentrationsrörningar, aptitlöshet och ångest är exempel på symtom som inte allt för sällan drabbar dessa barn. Som många studier har konstaterat uppvisar flyktingbarn, i jämförelse med svenskfödda barn, en betydligt högre grad av psykisk ohälsa.

Invandrare är särskilt utsatta inom arbetslivet. Arbetsrelaterad sjuklighet, t.ex. i form av sjukdom i rörelseorganen är vanligt. Låg utbildningsnivå eller diskriminering bidrar ofta till att många invandrare accepterar de minst eftertraktade arbetena som ofta utförs i en dålig arbetsmiljö. Fysisk belastning och stressigt och enformigt arbete är de enskilda ohälsfaktorer som visar på de största skillnaderna mellan invandrare och svenskfödda. Invandrare har också en större sjukfrånvaro än svenskfödda. Deras sjuktal ligger ca 70 procent över svenska medborgares nivå. De är överrepresenterade såväl bland arbetsolycksfall som bland skador till följd av våld. De är även överrepresenterade bland arbetslösa. Många invandrare har dessutom relativt lågkvalificerade arbeten trots att de har en hög utbildning, något som forskningen visat även kan bidra till ohälsa.

Under senare år har flickor och unga kvinnor i familjer med starkt patriarkala värderingar uppmärksammas allt mer. Det har inträffat att flickor som anammat en livsstil som strider mot familjens värderingar har utsatts för såväl hot som misshandel och till och med dödat av sina familjemedlemmar. Regeringen har tagit ett antal initiativ i syfte att belysa situationen för dessa unga kvinnor. Kunskapen om hälsosituationen för dessa flickor men också för övriga kvinnor i familjer med starkt patriarkala värderingar behöver dock öka.

Mot bakgrund av att flertalet studier på folkhälsoområdet visar på en sämre hälsa för invandrare och flyktingar än för infödda svenskar bör integrationsperspektivet få en mer framträdande plats i det framtida folkhälsoarbetet. Ett sådant perspektiv bör inkludera personer med utländsk bakgrund som är födda i Sverige. För att uppnå det integrationspolitiska målet, lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, krävs en ökad medvetenhet om mångfald inom det folkhälsopolitiska arbetet.

Regeringen anser att insatser på folkhälsoområdet i större utsträckning än vad som sker i dag bör avspegla det faktum att Sveriges befolkning representerar en mängd olika etniciteter, kulturer och religioner. I arbetet bör hänsyn även tas till skillnader i levnadsförhållanden och hälsa mellan könen, inte minst bland barn och ungdomar. Både risk- och friskfaktorer hos olika invandrargrupper bör uppmärksammas. Det är av särskild vikt att uppmärksamma barn till asylsökande och ensammas asylsökande barn

och deras hälsosituation. Nationella folkhälsokommittén påpekar i sitt slutbetänkande att analysen av olika etniska gruppers levnadsförhållanden och hälsa försvåras på grund av brist på data. Regeringen anser att folkhälsoforskningen i större utsträckning än hittills bör följa utvecklingen av etniska gruppers hälsa och sociala levnadsförhållanden.

Homo- och bisexuellas hälsa

Homo- och bisexuella kvinnors och mäns levnadsvillkor har uppmärksamats allt mer under de senaste åren. Kunskapen om homo-, bi- och transsexuellas levnadsvillkor och hälsa är dock alltjämt begränsad. Det finns t.ex. inga nationella studier som visar hur homo-, bi- och transsexuellas hälsa ser ut i Sverige. Att bli öppet eller mer dolt diskriminerad bidrar ofta till försämrad psykisk och fysisk hälsa. I likhet med många andra diskriminerade grupper är också de homo-, bi- och transsexuella kvinnors och mäns hälsa relaterad till både diskriminering och livsstil. Det fåtal mindre studier som finns visar att det främst är de yttre sociala strukturerna som gör att homosexuella som grupp mår förhållandevis sämre än befolkningen som helhet. Utanförskapet i en kultur skapar stress som i sin tur leder till ohälsa. Bristande kompetens inom hälso- och sjukvården leder också ofta till svårigheter att få adekvat behandling, t.ex. rapporteras om homosexuella kvinnors problem i kontakten med den gynekologiska vården. Social och juridisk diskriminering av homo-, bi- och transsexuella män och kvinnor inverkar menligt på deras hälsa. Hela den förhöjda ohälsan bland homo- och bisexuella kvinnor och män kan enligt Folkhälsokommittén emellertid inte härledas till diskriminering utan även livsstilsfaktorer som en förlängd ungdomstid och senare familjebildning kan vara en förklaringsgrund.

Män som har sex med män är kraftigt överrepresenterade när det gäller hiv/aids. Fyrtio procent av de hivinfekterade och 57 procent av alla aids-sjuka i Sverige tillhör denna grupp. Det är även i denna grupp som den största smittspridningen sker i Sverige. Övriga sexuellt överförda infektioner (STI) förefaller endast marginellt vara vanligare bland den homo- och bisexuella gruppen än hos befolkningen i övrigt.

I en svensk studie (Bergmark Helmersson K. *Drinking in the Swedish gay and lesbian community*, 1999) redovisas resultat som tyder på att homo- och bisexuella män och kvinnor konsumerar mer alkohol än den övriga befolkningen samt att de alkoholrelaterade problemen är större än i den övriga befolkningen. Framför allt gäller detta homosexuella kvinnor.

Studier visar också att homo- och bisexuella män löper en väsentligt högre risk att utsättas för våld än heterosexuella. Homosexuella drabbas även i betydligt högre grad av trakasserier och mobbning på arbetsplatser och i skolan än befolkningen i övrigt. Många unga homo-, bi- och transsexuella personer har psykiska besvär, varav flera uppvisar risk för självmord. Detta visar på den utsatthet som många av dessa ungdomar lever i.

Homo- och bisexuellas sociala stöd och sociala nätverk ser annorlunda ut än heterosexuellas. Enligt en norsk studie (Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn, 1999) lever homo- och bisexuella oftare ensamma och har inte heller lika nära relationer till sina

släktingar som den övriga populationen har. För homo- och bisexuella invandrare är dessa problem ofta än större. Många homo- och bisexuella invandrare kommer från kulturer där homo- och bisexualitet är ytterst tabubelagt. Dessa personer har ofta sämre kontakt med sin familj än andra homo- och bisexuella. Eftersom invandrare i sig är en diskriminerad grupp så blir stigmatiseringen och utanförskapet ofta dubbelt för denna grupp.

Mot bakgrund av att kunskapen om homo-, bi- och transsexuellas hälsa i många avseenden är bristfällig bör Statens folkhälsoinstitut få i uppdrag att, i samverkan med berörda myndigheter och organisationer, följa upp och analysera hälsan hos homo-, bi- och transexuella personer, med särskilt fokus på ungdomar, samt lämna förslag till åtgärder som kan förbättra deras levnadsvillkor.

Idag saknas också kunskap om intersexuella personers livssituation och hälsa. Även de konsekvenser som uppstår för exempelvis de barn som föds med biologiskt sett oklar könstillhörighet och som korrigeras till endera kön via operation bör uppmärksammas ytterligare.

Hälsa hos kvinnor och män med funktionshinder

Den nationella handlingsplan för handikappolitiken som riksdagen antog våren 2000 (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) visar redan i rubriken Från patient till medborgare på ett skifte i handikappolitiken från ett vård- och omsorgsperspektiv till ett demokrati- och rättighetsperspektiv.

Personer med funktionshinder är en mycket heterogen grupp. Det miljörelaterade handikappbegrepp som Sverige utgår ifrån innebär att ett handikapp uppstår i mötet mellan en individ och den omgivande miljöns krav och utformning. Därmed blir gruppens storlek avhängig de åtgärder som samhället genomför på individuell och generell nivå för att öka tillgängligheten i samhället.

Folkhälsoarbetet har en viktig funktion genom sin inriktning på förebyggande åtgärder. De förslag och bedömningar som presenteras i denna proposition kan därför ses ur ett preventivt handikapperspektiv. Funktionshinder och sjukdomar är många gånger orsakade av olika miljöfaktorer som t.ex. trafikskador, bullerskador, belastningsskador och andra arbetsskador samt ofta också av allergier och psykisk ohälsa.

Att ha ett funktionshinder är inte alltid liktydigt med försämrad hälsa men kan i sig vara en hälsorisk. I en studie som genomfördes av Statistiska centralbyrån tillsammans med Socialstyrelsen (Levnadsförhållanden, livsvillkor och livskvalitet, SOS 1999) framkom att unga förtidspensionärer/sjukbidragstagare hade betydligt sämre levnadsförhållanden än jämnåriga i befolkningen. De hade avsevärt lägre utbildning och mycket sämre ekonomi, bodde oftare ensamma, saknade oftare vänner och deltog mer sällan i aktiviteter utanför det egna hemmet. Särskilt dåliga var levnadsförhållandena för dem som hade psykiska funktionshinder. Ett allvarligt hälsoproblem för de psykiskt funktionshindrade är den fysiska ohälsan som sällan uppmärksammas.

Det finns en rad hälsofaktorer som är viktiga för alla men som har särskilt stor betydelse för människor med funktionshinder. Funktions-

hindrade hör till dem som kan göra stora hälsovinster i ett samhälle med stark social sammanhållning, hög sysselsättning och små inkomstklyftor.

För många människor med funktionshinder påverkar ohälsan och den privata ekonomin varandra i en ond cirkel. Funktionshindret kan innebära att man arbetar deltid, är sjukskriven ofta, inte blir delaktig i vidareutbildning osv. Flera blir arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade. Begreppet arbetsmiljö har flera dimensioner för den som har ett funktionshinder. Arbetsplatsen måste utformas så att skador förebyggs men också så att personen med funktionshinder kan utföra sitt arbete utan problem och ta del av information m.m.

Det finns stora skillnader mellan kvinnors och mäns livsvillkor bland människor med funktionshinder. Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) levnadsundersökningar är kvinnor med funktionshinder tröttare och har sämre hälsa än män med funktionshinder. Ett antal studier visar också att det är svårare för kvinnor med funktionshinder än för män att få den hjälp de behöver. Färre kvinnor än män med funktionshinder förvärvsarbetar. Flera studier tyder på att detta har ett samband med att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har bättre effekt på män än på kvinnor. Enligt SCB:s studie får män rehabilitering tidigare och med mer omfattande insatser än kvinnor får.

De hälsotvårfaktorer som är specifika för personer med funktionshinder i allmänhet är giltiga även för barn med funktionshinder. Utöver dessa finns det några faktorer som skiljer sig åt. Barn växer och utvecklas snabbt. Stöd, service och hjälpmedel måste anpassas till dessa förutsättningar. Behandling och annat stöd måste utformas med hänsyn till att funktionshindrade barns uppväxt måste få präglas av lek, lärande, skapande och kamrattkontakter på samma sätt som för andra barn. Barnens funktionshinder innebär ofta ett merarbete för föräldrarna, framför allt för mamman.

Det finns inga hälsostudier om personer med utländsk bakgrund och funktionshinder. De faktorer som är viktiga för en god hälsa för personer med funktionshinder gäller i lika hög grad för dem som för svenskfödda. Många familjer har en syn på funktionshinder som skiljer sig från synen hos den personal de möter i Sverige vilket kan göra det svårt att ta emot den hjälp som erbjuds. Det är därför viktigt att det finns möjlighet att få stöd på det egna modersmålet.

Att ha ett funktionshinder komplicerar ofta sådant som är grundläggande för hälsan, exempelvis att motionera, ha möjlighet till goda kost- och levnadsvanor och ha tillgång till kultur.

För funktionshindrade kvinnor och män behöver det också finnas möjligheter att ta upp frågor om sexualitet och funktionshinder inom habilitering och rehabilitering, på gynekologavdelningar och neurologiska avdelningar. Utredningen om jämställd vård konstaterade att mäns sexuella problem uppmärksammades oftare än kvinnors och att kvinnor därför fick sämre möjligheter till sexuell rehabilitering.

Kunskapen om funktionshinder behöver förbättras bland politiker, chefer och personal inom skolhälsovården och övriga som arbetar med hälsofrågor, hälsoupplýsning osv. Utifrån den nationella handlingsplanen för handikappolitiken har åtgärder nu vidtagits i form av ett nationellt program för kompetensutveckling som rör bemötande av personer med

funktionshinder. På regeringens uppdrag håller programmet nu på att utarbetas inom Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus). Prop. 2002/03:35

Barns och ungas hälsa

Ohälsa tar sig olika uttryck under olika perioder i livet. Just för att de hälsorelaterade levnadsvanorna grundläggs under barn- och ungdomsåren och därmed har en sådan stor inverkan på individens hälsa under resten av livet, utgör flickor och pojkar, unga kvinnor och män några av de strategiskt sett viktigaste målgrupperna i folkhälsoarbetet.

Svenska barns och ungdomars hälsa är generellt sett god. Spädbarnsdödligheten i Sverige, Finland och Japan är den lägsta i världen. Barns och ungdomars goda hälsa kan i stor utsträckning tillskrivas den generella välfärdspolitiken och särskilt mödra- och barnhälsovården. De främsta hälsoproblemen bland spädbarn är nyföddhetsperiodens sjukdomar, missbildningar samt plötslig oväntad spädbarnsdöd. Efter spädbarnstiden är psykisk ohälsa, olycksfallsskador, infektioner samt astma och allergi, i nu nämnd ordning, de problem som främst försämrar flickors och pojkars samt unga kvinnors och mäns hälsa. De viktigaste påverkbara faktorerna för flickor och pojkars fysiska hälsa är bruk av tobak, alkohol och narkotika, sexualvanor, olycksfall och skador, ventilation samt vaccinationer. För samtliga faktorer, med de två sista undantagna, är situationen sämre för barn i familjer med låg socioekonomisk position.

Vissa psykiska problem, främst psykosomatiska besvär, liksom depressioner, förefaller att öka. Redan i 11-årsåldern har flickor oftare symptom än pojkar och skillnaden mellan pojkar och flickor ökar med åldern. I skolåldern har flickor oftare inåtvända psykiska problem, dvs. oro, ångest, depression och psykosomatiska symptom, medan pojkar oftare har utagerande problem, främst hyperaktivitet med koncentrations-svårigheter och utagerande beteendestörningar.

Unga kvinnors och mäns levnadsförhållanden har utvecklats negativt under de senaste tio åren, särskilt när det gäller ungdomars egen ekonomi och arbetsmarknadssituation. 1990-talet innebar vissa motstridiga utvecklingstrender när det gäller ungas fysiska hälsa. Unga kvinnor och män har generellt sett ett bättre hälsotillstånd än andra befolkningsgrupper. Omkring nio av tio ungdomar bedömer sin allmänna hälsa som god. Antalet unga som dör av olyckor, sjukdomar och liknande har minskat betydligt från en redan låg nivå. En stor andel av ungdomarna motiverar regelbundet och det finns tecken på att tandhälsan har blivit bättre. Andelen unga med övervikt har dock ökat, i likhet med vad som gäller för den övriga befolkningen. Under 1990-talet ökade också andelen ungdomar som uppger att de har någon långvarig sjukdom. Utsatthet för våld eller hot är ett problem som är långt vanligare bland ungdomar än för resten av befolkningen. Under 1990-talet har utsattheten bland unga män varit oförändrad medan den ökat något bland unga kvinnor. Det kan också konstateras att de riskfaktorer, som utvecklas under uppväxtåren och som har betydelse för hälsan i vuxen ålder, inte har utvecklats gynnsamt. Den genomsnittliga årskonsumtionen av alkohol har ökat både bland flickor och bland pojkar sedan slutet av 1980-talet. Andelen skolelever som prövat narkotika har sedan början av 1990-talet mer än för-

dubblats. Rökningen bland niondeklassare ökade från mitten till slutet av 1980-talet. Därefter har nivåerna varit relativt oförändrade. Fler flickor än pojkar röker. Tonårsaborterna ökar, liksom förekomsten av sexuellt överförda klamydiainfektioner. Fysisk inaktivitet har blivit vanligare i ungdomsgruppen.

Mot den beskrivna bakgrunden är det enligt regeringen nödvändigt att vidta åtgärder för att bryta de negativa tendenser som finns i hälso-utvecklingen hos barn och unga och det är ett viktigt område för Statens folkhälsoinstitut att beakta i sin uppföljning av målområdena.

Äldres hälsa

Äldre kvinnor och män är viktiga målgrupper för folkhälsoarbetet eftersom åldrandeprocessen i sig medför kroppsliga och andra förändringar. Äldre människors psykiska och fysiska hälsosituation kan förebyggas och påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Därför skall förutom ett barn- och ungdomsperspektiv även ett äldre-perspektiv anläggas på det samlade nationella folkhälsoarbetet.

Enligt Statistiska centralbyråns prognoser kommer ca 600 000 fler personer att vara ålderspensionärer i Sverige om 25 år samtidigt som antalet barn, ungdomar och personer i förvärvsverksam ålder kommer att minska. I 2030-talets Sverige beräknas närmare var tredje invånare vara 60 år eller äldre. Åtta procent väntas tillhöra åldersgruppen 80 år och äldre. Äldre människors hälsa och välbefinnande kommer därmed att vara av central betydelse för hela samhällets utveckling. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bland äldre människor är också av mycket stor betydelse ur samhällsekonomisk synpunkt med hänsyn till de stora utmaningar vi står inför på grund av den demografiska utvecklingen. Enligt regeringens bedömning finns det därför flera tungt vägande skäl för att särskilt prioritera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete bland äldre.

Äldres hälsa har väsentligt förbättrats under de senaste 30 åren. Många fysiska och mentala funktioner är i dag relativt oförändrade fram till 70–75 års ålder. Därefter blir funktionsnedsättningar allt vanligare vilket bl.a. yttrar sig i svårigheter att klara av dagliga aktiviteter.

Hjärt- och kärlsjukdomar är vanligast bland de långvariga sjukdomarna hos både män och kvinnor. Även risken att få cancer är åldersrelaterad, vilket innebär att den ökande medellivslängden i sig är en viktig anledning till ökad förekomst av cancer i befolkningen. Antalet personer som drabbas av olika former av diabetes ökar också med stigande ålder. Diabetes ökar i sig dessutom risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar. Osteoporos är en mycket vanlig sjukdom bland äldre kvinnor och som ofta är orsaken till frakturer. Sjukdomar i rörelseorganen är mycket vanliga bland äldre. Var tredje kvinna som blir 80 år eller äldre kommer att drabbas av en höftfraktur.

Psykisk ohälsa i form av ångest, oro och depressioner är också vanligare bland äldre än bland yngre personer. Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest är dessutom tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Insjuknandet i demens ökar kraftigt med stigande ålder – från några få procent i åldern 65–74 år till drygt 20 procent bland personer som är 85 år och äldre.

Fysisk, psykisk och social aktivitet är viktiga faktorer för ett hälsosamt åldrande. Fysisk aktivitet har positiva förebyggande effekter på en rad sjukdomar såsom ledbesvär, högt blodtryck, depression och ångest. Det finns också ett klart samband mellan fysisk aktivitet och funktionsförmåga. Det är inte bara risken för fallolyckor och frakturer som minskar med regelbunden fysisk aktivitet utan även risken för att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdomar.

Bland de äldre i befolkningen finns individer med mycket små nätverk och svagt socialt stöd. Eftersom det oftast är maken/makan som är den viktigaste källan till det sociala stödet bland de allra äldsta, så utgör äldre ensamstående en grupp som måste anses mycket sårbara i detta hänseende.

Äldreforskare betonar också betydelsen av att den enskilde kan kontrollera sin livssituation för att kunna vidmakthålla god hälsa och funktionsförmåga. Förlust av oberoende medför sämre livskvalitet som i sin tur sätter ned motståndskraften. Att kunna kontrollera sin livssituation innebär framför allt att ha tillgång till resurser för att styra sitt liv och upprätthålla sina vanor. Det gäller bl.a. tillgång till ekonomiska och sociala resurser, sysselsättning, servicetjänster, en ändamålsenligt utrustad bostad och en lättillgänglig närmiljö. Oro för ekonomin är hos äldre en starkt bidragande orsak till ohälsa.

Boendestandard är en nyckelfråga när det gäller äldres hälsa. Av stor betydelse är bostadens utformning och samhällets möjligheter att i hemmiljö kunna tillgodose äldre människors behov av service, personlig omvårdnad och sjukvård. Närmiljön måste också vara utformad så att äldre människor kan röra sig fritt och känna sig trygga utomhus. Det är viktigt att uppmärksamma och undanröja praktiska hinder som kan leda till att äldre personer känner oro för att inte kunna bo kvar i den egna bostaden. De faktorer som bestämmer äldre människors hälsa är påverkbara i långt större utsträckning än man tidigare trott. Många tänkbara åtgärder ligger inom ramen för kommunernas ansvar för boendefrågor, trafikfrågor, park- och grönområden, kulturverksamhet, bidrag till föreningsverksamhet m.m. Vidare är den kommunala vården och omsorgen av stor betydelse genom det stöd som ges till kvarboende i den egna bostaden och utformningen av det särskilda boendet. Av mycket stor betydelse är också att hälso- och sjukvården förfogar över de resurser som behövs för att möta äldre människors berättigade anspråk på medicinsk vård och behandling. Även företag och ideella och andra organisationer i samhället spelar stor roll för äldre människors möjligheter att leva som aktiva och behövda samhällsmedborgare.

Satsningen på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bör enligt regeringens bedömning intensifieras ytterligare på lokal nivå. Regeringen ser med stor tillfredsställelse på den utveckling som skett under senare år med bl.a. ökad samverkan mellan myndigheter och frivilliga organisationer. Det finns enligt regeringens bedömning en stor potential i att utveckla denna samverkan ytterligare. Regeringen vill också i detta sammanhang betona kommunernas och landstingens lagstadgade ansvar att arbeta med att främja hälsa genom förebyggande verksamhet.

Utvecklingen av äldre människors hälsa har mycket stor betydelse för behoven av vård och omsorg. Mot denna bakgrund anser regeringen att

hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser mera påtagligt och systematiskt bör integreras i äldrepolitiken och dess praktiska tillämpning nationellt, regionalt och lokalt.

Prop. 2002/03:35

5 Målområden

5.1 Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Regeringens förslag: Delaktighet och inflytande i samhället är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan och skall därför utgöra ett särskilt målområde.

För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet skall särskild vikt läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Kommittén understryker betydelsen för hälsan av ett starkt socialt kapital i samhället. Det handlar om ett starkt socialt kitt mellan medborgarna, om gemenskap och solidaritet samt om tillit till både samhället i dess helhet och till andra människor. Kommittén föreslår två nationella folkhälsomål med denna inriktning: Stark solidaritet och samhällsgemenskap (se målområde 2) respektive Stödjande sociala miljöer för individen. För Stödjande sociala miljöer betonas särskilt insatser som syftar till minskad isolering, ensamhet och otrygghet betonas särskilt liksom möjligheter till ökad delaktighet i förenings- och kulturverksamhet. Som särskilt angelägna målgrupper anges bl.a. äldre människor, funktionshindrade och långtidssjuka, invandrare och långtidsarbetslösa. Kommunerna bör enligt kommittén bl.a. ge stöd till föreningsliv, frivilliginsatser och folkbildning samt främja tillkomsten av mötesplatser för olika grupper. De utmaningar som riktas till landstingen handlar bl.a. om att stimulera sociala nätverk för människor med vissa sjukdomar och deras anhöriga, att stödja frivilliga insatser och att uppmärksamma kulturens betydelse i vården.

Remissinstanserna: En stor majoritet av remissinstanserna har avstått från att närmare kommentera kommitténs förslag. Några remissinstanser, bl.a. *Statens kulturråd*, har ansett att kulturens betydelse som hälsofrämjande faktor bör lyftas fram ytterligare. *HomO* anser att homo- och bisexuella bör utgöra en särskild målgrupp. *Landsorganisationen* erinrar om ensamma mammors situation och pekar också på risken för isolering bland äldre människor. *Stockholms kommun* lyfter fram socialtjänstens ansvar för att organisera förebyggande arbete i bostadsområdena och framhåller bl.a. betydelsen av att lokala föreningar och befintliga nätverk ges stöd från socialtjänstens sida.

Utgångspunkter

Regeringen ställer sig bakom Folkhälsokommitténs argument för målet Stödjande sociala miljöer för individen, men anser att också demokrati- och inflytandefrågor bör ges större tyngd i detta sammanhang. Möjlighet till delaktighet och inflytande är kärnfrågor för ett demokratiskt samhälle och har visat sig även påverka folkhälsan. På samma sätt som för flertalet övriga målområden i denna proposition väljer regeringen att inte formulera några nya nationella mål inom detta område. De nationella mål som redan finns antagna inom området är enligt regeringen helt i linje med kommitténs förslag. Det fortsatta arbetet skall inriktas på att utveckla delmål och etappmål som ger möjlighet till prioritering och uppföljning. Regeringen vill även lyfta fram hälsans betydelse för att nå de befintliga målen och den uppföljning som görs av hälsans bestämningsfaktorer inom målområdet bör naturligtvis ingå i den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet.

Beslutade mål inom målområdet

Inom politikområdet *demokrati* är målet att den svenska folkstyrelsen skall värnas och fördjupas. Vidare behandlas mänskliga rättigheter inom samma politikområde. I regeringens skrivelse (skr. 2001/02:83) En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna anges att målet för regeringens långsiktiga strävanden på området är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna, ökad kunskap och medvetenhet om de mänskliga rättigheterna samt bättre samordning med att främja mänskliga rättigheter. Detta är ett viktigt mål också för folkhälsopolitiken. Nationella folkhälsokommittén talar om vikten av en gemenskap och samhörighet i hela samhället för att tilliten mellan människor skall fungera och att en sådan tillhörighet skapas i ett demokratiskt samhälle. Regeringen delar denna bedömning.

Mediepolitiken är viktig för att stärka demokratin och delaktigheten i samhället och därmed en viktig förutsättning för en god hälsa. Inom politikområdet mediepolitik är målet att stödja yttrandefrihet, mångfald, massmediernas oberoende och tillgänglighet samt motverka skadliga inslag i massmedia. Det är särskilt viktigt att säkerställa att alla medborgare ges möjlighet att ta del av information, nyheter och debatt via olika massmedier oberoende av funktionshinder och särskilda behov. Det är t.ex. angeläget att innehållet i dagspressen görs tillgängligt även för synskadade, afatiker och dyslektiker. I den snabba tekniska utvecklingen, det ökade medieutbudet och det allt mer lättillgängliga och mer gränsöverskridande flödet av information finns även behov av att noga beakta vilka konsekvenser utvecklingen får för barn och äldre. Utvecklingen kan vara både positiv och negativ. I många fall underlättar den nya snabba tekniken kommunikation men i andra fall t.ex. när endast betalning via Internet erbjuds kan det vara försvårande för framför allt äldre personer. Den mediepolitiska målsättningen att skydda minderåriga från skadligt medieinnehåll handlar mycket om att ha en effektiv och ändamålsenlig lagstiftning som begränsar barns tillgång till våldsskildringar och porno-

grafi. Det handlar också om att uppmuntra och stödja mediebranscherna till att ta sitt ansvar för den yngre publiken.

Ett arbete har stor betydelse för möjligheterna att vara delaktig i samhället och att utveckla relationer till andra människor. Inom politikområdena *arbetsmarknadspolitik* och *arbetslivspolitik* är målen en väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt samt ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor.

Politikområden som arbetar med att förebygga och motverka diskriminering inrymmer mål som är viktiga för att skapa delaktighet och inflytande i samhället. Det övergripande målet för svensk *jämställdhetspolitik* är att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom alla väsentliga områden i livet. Av de jämställdhetspolitiska delmålen är det framförallt delmålen som rör en jämn fördelning av makt och inflytande mellan kvinnor och män samt lika tillgång till utbildning och möjligheter till utveckling av personliga ambitioner, intressen och talanger som bör uppmärksammas i det folkhälsopolitiska arbetet när det gäller detta målområde. På *integrationspolitikens* område är målen lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för. Inom *handikappolitiken* är målet att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Storstadspolitiken spelar också en viktig roll för att öka människors delaktighet och inflytande i samhället. Målen för *storstadspolitiken* är att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet samt att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare. Inom *barnpolitiken* är målet att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

De politikområden som omfattar insatser riktade mot unga respektive äldre har också fastlagda mål som är relevanta för folkhälsopolitiken. För *ungdomspolitiken* är målen att ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, att ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och att ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs. För *äldrepolitiken* är målet att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.

Socialtjänstpolitiken har stor betydelse för utsatta människors förutsättningar till delaktighet och inflytande. Målet inom politikområdet *socialtjänst* är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.

Delaktighet och inflytande kan även stimuleras genom satsningar på föreningsliv och kulturliv. Även inom dessa politikområden finns redan lämpliga mål formulerade. *Folkrörelsepolitiken* har som mål att människor skall ha bästa möjliga förutsättningar att bilda och delta i olika typer av folkrörelser och föreningar. De *kulturpolitiska* målen är att värna yttrandefriheten och skapa reella förutsättningar för alla att använda den, att verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande, att främja kulturell mångfald, konstnärlig förnyelse och kvalitet och därigenom motverka kommersialismens negativa verkningar, att ge kulturen förutsättningar att vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft i samhället, att bevara och bruka kulturarvet, att främja bildningssträvandena samt att främja internationellt kulturutbyte och möten mellan olika kulturer inom landet. Även *utbildningspolitikens* mål om att Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa har betydelse för det här målområdet och tjänar väl folkhälsopolitiska syften. Barns och elevers inflytande samt samverkan med föräldrar är en viktig uppgift för förskolan och skolan.

5.2 Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet

Regeringens förslag: Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan och skall därför utgöra ett särskilt målområde.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: I motiven till Folkhälsokommitténs förslag till målet Stark solidaritet och samhällsgemenskap betonas sambandet mellan folkhälsan och ekonomisk trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och samhörighet i hela samhället. En stark samhällsgemenskap präglad av solidaritet mellan människor anses vara själva grunden för en god hälsa på lika villkor. Att upprätthålla en hög sysselsättning så att människor kan försörja sig genom eget arbete är enligt kommittén basen i ett välfärdssamhälle. För att främja grundläggande förutsättningar för en god hälsa krävs dessutom insatser på strukturell nivå, främst ett socialförsäkringssystem, en skola, en sjukvård och sociala tjänster på lika villkor av hög kvalitet. Arbetet bör enligt kommitténs bedömning inriktas mot minskad fattigdom, minskad boendesegregation och resurser för att kompensera barn och ungdomar i socialt utsatta bostadsområden.

Remissinstanserna: De remissinstanser som kommenterat kommitténs förslag har i sak inga invändningar mot de resonemang som förs kring välfärdssamhällets betydelse för en god folkhälsa. Några remissinstanser, bl.a. *Socialstyrelsen* vänder sig principiellt emot att kommittén har formulerat folkhälsomål i breda och allmänna termer. Det gäller t.ex. föreslagna mål om solidaritet och samhällsgemenskap och stödjande sociala miljöer som enligt Socialstyrelsen snarare bör anges som strategier med vars hjälp en positiv hälsoutveckling kan uppnås än som nationella mål på folkhälsoområdet.

Utgångspunkter

Regeringen ställer sig bakom de resonemang som förs av Folkhälsokommittén kring sambandet mellan en god folkhälsa och ett samhälle präglad av ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, jämställdhet och rättvisa. Ekonomisk stress och social otrygghet orsakar ohälsa, framför allt psykisk ohälsa, och leder till ökad ojämlikhet i hälsa. Insatserna för att utveckla och upprätthålla välfärdssamhället måste därför fullföljas. Regeringen väljer emellertid att inte formulera några nya mål för de bestämningsfaktorer för hälsan som ryms inom detta målområde. Redan beslutade mål för berörda politikområden är helt i linje med kommitténs förslag. Det fortsatta arbetet bör inriktas på att förbättra redovisning och uppföljning av beslutade mål inom respektive politikområde som har ett avgörande inflytande på folkhälsans utveckling. Delmål och etappmål som ger möjlighet till prioritering och uppföljning bör utvecklas. Den av regeringen valda inriktningen innebär inga ändringar när det gäller ansvarsfördelning, måluppföljning m.m. för de myndigheter som redan har uppgifter inom målområdet. Det är regeringens bedömning att den uppföljning som görs av hälsans bestämningsfaktorer inom målområdet även bör ingå i den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet.

Beslutade mål inom målområdet

En hållbar ekonomisk tillväxt är en grundförutsättning för den svenska välfärdspolitik. Målen inom politikområdena som handlar om ekonomisk politik är därför av strategisk betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. Det finns klara belägg för att dödlighet och självrapporterad hälsa är knuten till inkomst och att denna effekt finns över hela inkomstskalan och inte bara för dem som har lägst inkomst. Vidare finns ett växande empiriskt stöd för att stora inkomstklyftor i sig kan vara en riskfaktor av stor betydelse för människors hälsa. Målet för politikområdet *ekonomisk familjepolitik* om att skillnaderna i de ekonomiska villkoren mellan familjer med och utan barn skall minska inom ramen för den generella välfärden är därför särskilt viktigt att uppnå. Vidare skall när det gäller målet för *ekonomisk äldrepolitik* personer med låg eller ingen inkomstrelaterad pension garanteras ett värdesäkrat grundskydd och efterlevande skall ges ett rimligt ekonomiskt stöd för att klara omställningen efter dödsfall. Målet för politikområdet *ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp* är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till år 2002 halveras fram till år 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

Målet för *bostadspolitiken* är att alla skall ges förutsättningar att leva i goda bostäder till rimliga kostnader och i en stimulerande och trygg miljö inom långsiktigt hållbara ramar. Boendemiljön skall bidra till jämlika och värdiga levnadsförhållanden och särskilt främja en god uppväxt för barn och ungdomar. Vid planering och byggande skall ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling vara grund för verksamheten. För

att alla skall ges möjlighet att delta i samhällslivet på lika villkor måste det finnas ett sådant utbud av bostäder så att var och en i rimlig utsträckning skall kunna välja bostad och bostadsort utan begränsningar med hänsyn till eventuella funktionshinder. Det bör också vara möjligt att bo kvar i sin invanda miljö även då man blivit äldre, efter sjukdom eller skada. Målsättningen är att flertalet bostäder på längre sikt skall vara tillgängliga för funktionshindrade. Med samma utgångspunkt, att alla skall ges möjlighet att delta i samhällslivet, bör ungdomars möjligheter till eget boende förbättras.

Arbetets värde för folkhälsan bör uppmärksammas ytterligare. Inom politikområdena *arbetsmarknadspolitik* och *arbetslivspolitik* är målen en väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt samt ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor. Ett arbete ger inte bara inkomster till försörjningen utan har också stor betydelse för möjligheterna att vara delaktig i samhället och att utveckla relationer till andra människor. Arbetslöshet och utanförskap är en riskfaktor för ohälsa för alla, men särskilt för ungdomar och personer med utländsk bakgrund är arbetslöshet, framför allt långvarig arbetslöshet, en stor risk. För unga personer försvåras deras vuxenblivande och socialisation. Det är därför särskilt angeläget att underlätta arbetslösa ungdomars väg till arbete. Detta gäller särskilt ungdomar som saknar fullständiga betyg från gymnasieskolan.

Arbetslöshet påverkar hälsan på många olika sätt. Det psykiska välbefinnandet försämras vilket bl.a. leder till att sjukvården utnyttjas mer, att konsumtionen av läkemedel ökar, att unga män använder mera alkohol och att unga kvinnor röker mer. Långvarig arbetslöshet är dessutom en allvarlig riskfaktor för psykisk ohälsa och hjärt- kärlsjukdomar. Forskning saknas dock i stor utsträckning om arbetslöshetens hälsokonsekvenser bland medelålders kvinnor, invandrade kvinnor och män samt kvinnor och män i tjänstemannayrken. Arbetslöshetens negativa konsekvenser påverkar även de arbetslösas familjer och bidrar därmed till sociala olikheter i hälsa.

På samma sätt som mellan arbete och hälsa finns ett starkt samband mellan utbildning och hälsa. Målet för *utbildningspolitiken* är att Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa. Att kunna erbjuda utbildning för de personer som behöver det är en viktig uppgift för samhället och för hälsoutvecklingen i befolkningen. Regeringens strategi för att uppnå målet att Sverige skall vara en ledande kunskapsnation är att satsa på ett brett utbud av vuxenutbildning, öppen högskoleutbildning samt särskilda satsningar på invandrare och funktionshindrade, där hänsyn tas till kvinnors och mäns särskilda behov och förutsättningar.

Det övergripande målet för hälso- och sjukvårdspolitikerna är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målet inom politikområdet *hälso- och sjukvårdspolitik* är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. Det finns därför skäl att prioritera åtgärder för att komma tillrätta med de väntetider som i vissa fall finns. Det är särskilt viktigt eftersom tilltron till hälso- och sjukvårdssystemet förutsätter hög tillgänglighet så att även mindre prioriterade grupper har godtagbar tillgång till vård, vilket i sin tur har betydelse för att kunna minska de ojämlikheter i hälsa som fortfarande existerar. En hälsofrämjande

hälso- och sjukvård bildar ett eget målområde för det övergripande folkhälsomålet, se avsnitt 5.6.

Socialtjänsten kommer i kontakt med många människor som har svårt att klara den dagliga livsföringen eller lever under stark psykisk press på grund av ekonomiska problem, våld eller hot om våld. Socialtjänstens insatser för olika grupper i samhället är därför av mycket stor betydelse för folkhälsan. Målet för politikområdet *socialtjänst* är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn. Arbetet med att uppnå målet bedrivs i huvudsak inom ramen för socialtjänstens individ- och familjeomsorg men också genom stöd till frivilliga hjälporganisationer. De statliga insatserna på detta område syftar till att minska det långvariga behovet av socialbidrag, att fler missbrukare genom rehabiliteringsinsatser skall bli fria från sitt beroende, att fler hemlösa skall få ett ordnat boende och att utsatta barn skall få den vård och det stöd som de behöver.

Majoriteten av alla brott som begås drabbar enskilda i deras närmiljö. Det handlar bl.a. om kvinnofridsbrott, bostadsinbrott, stölder av och ur bilar, skadegörelse, cykelstölder och butikstölder. Sådan brottslighet påverkar i hög grad livskvaliteten och upplevelsen av trygghet hos enskilda individer men också möjligheterna till en positiv utveckling för olika bostadsområden. Målet inom politikområdet *rättsväsendet* är den enskildes rättstrygghet och rättssäkerhet. Målet för *kriminalpolitiken* är att minska brottsligheten och öka människors trygghet. Verksamheten skall utgå från ett medborgarperspektiv.

Inom politikområdet *allmänna bidrag till kommuner* är målet att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för kommuner och landsting att uppnå de nationella målen inom olika verksamheter.

Det *jämställdhetspolitiska* delmål som har bäring på detta målområde är målet om kvinnors och mäns lika möjligheter till ekonomiskt oberoende. Andra politikområdesmål som är viktiga att följa upp under detta målområde är målen för *integrationspolitiken*, *storstadspolitiken* och *ungdomspolitiken*.

5.3 Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor

Regeringens förslag: Trygga och goda uppväxtvillkor är avgörande för barns och ungdomars hälsa och för folkhälsan på lång sikt. Trygga och goda uppväxtvillkor skall därför utgöra ett särskilt målområde. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar skall uppmärksammas särskilt, liksom utvecklingen av barns och ungdomars levnadsvanor.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Kommitténs förslag stämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Av de instanser som yttrat sig, bl.a. *Sveriges Läkarförbund*, *Tjänstemännens Centralorganisation*, *Skolverket*, *Barnombudsmannen* och *Landsorganisationen* är flertalet positiva till Folkhälsokommitténs bedömningar.

Utgångspunkter

Regeringen väljer att inom detta målområde fokusera i huvudsak på mål som är direkt relaterade till trygga och goda uppväxtvillkor. Det finns även en mycket stark koppling mellan barns uppväxtvillkor och vuxnas ekonomiska och sociala trygghet, delaktighet och inflytande i samhället. De viktigaste bestämningsfaktorerna för barns hälsa är familjeförhållandena, skolförhållandena och fritidsförhållandena. Aktuell forskning visar att med systematiskt arbete inom dessa områden går det att uppnå markanta förbättringar när det gäller ohälsa hos barn. Regeringen ställer sig också i huvudsak bakom de argument och förslag som Folkhälsokommittén för fram när det gäller att betona vikten av trygga och goda uppväxtvillkor för barns och ungdomars hälsa och för folkhälsan på lång sikt. Det fortsatta arbetet skall inriktas på att utveckla delmål och etappmål som ger möjlighet till prioritering och uppföljning. Det är regeringens bedömning att den uppföljning som görs av hälsans bestämningsfaktorer inom målområdet även bör ingå i den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet.

Även om barn i Sverige i allmänhet har goda uppväxtvillkor och en god hälsa finns det barn som kräver särskild uppmärksamhet. Barn i socialbidragshushåll, barn till missbrukande föräldrar och psykiskt sjuka föräldrar samt barn till ensamföräldrar har i genomsnitt en sämre hälso-utveckling än andra barn. Barn till flyktingar och barn som kommer ensamma till Sverige är riskgrupper ur ett hälsoperspektiv och bör uppmärksammas. Även skillnaderna i hälsa mellan flickor och pojkar bör uppmärksammas. Åtgärder för att förbättra uppväxtvillkoren har enligt tillgänglig forskning en utjämnande effekt på sociala skillnader i hälsa. Nästan hälften av all ohälsa hos barn kan härledas från de omständigheter under vilka familjen lever. Barns hälsa – psykisk såväl som fysisk – är starkt relaterad till föräldrarnas sociala tillhörighet. Olika utbildningsformer som förskola, skola och fritidsverksamhet har en viktig roll för att utjämna skillnaderna i barns uppväxtvillkor.

Intentionerna i FN:s konvention om barnets rättigheter skall beaktas inom alla politikområden. Det har bidragit till att barnfrågorna kommit att framträda som ett eget övergripande politikområde.

Aktuell forskning visar att bristande samhörighet med skolan ökar risken för alla former av psykosociala problem bland barn och ungdomar, förutom att de leder till sämre skolprestationer. Vissa inslag i skolan har visat sig minska dessa risker, särskilt bland barn med utagerande beteende. Dit hör ett aktivt ledarskap från skolledning, tydliga instruktioner från lärarna, återkoppling på barnens prestationer, höga förväntningar på eleverna från lärarna, positiv psykosocial skolmiljö, stort elevinflytande i skolan, förekomst av fritidsverksamhet på skolan och aktivt föräldraengagemang.

Inom de sektorsövergripande barn- och ungdomspolitiska områdena bör även fortsättningsvis barns och ungas hälsoutveckling uppmärksammas och följas noga. Det är av stor vikt att hälsoutvecklingen uppmärksammas utifrån kön, klasstillhörighet, etnicitet och sexuell läggning. Denna uppföljning blir även en viktig del i den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet.

De *barn- och ungdomspolitiska* målen om att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande, att ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, att ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och att ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas till vara som en resurs är mål som regeringen anser även bör präglade folkhälsoarbetet. Att ungdomar, oavsett kön, etnisk tillhörighet eller sexuell läggning, skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv och att vikt läggs vid att skapa förutsättningar för verkligt inflytande för ungdomar är centrala mål för ungdomspolitiken som är viktiga även ur folkhälsosynpunkt.

Barnfamiljer i Sverige har relativt god levnadsstandard i förhållande till hela befolkningen. Jämfört med andra länder är barnfattigdomen låg. Det är dock regeringens mening att villkoren för barnfamiljerna bör förbättras ytterligare med hjälp av stödjande åtgärder av olika slag, särskilt för vissa kategorier av barnfamiljer. Målet för politikområdet *ekonomisk familjepolitik* är att skillnaden i de ekonomiska villkoren mellan familjer med och utan barn skall minska inom ramen för den generella välfärden, bl.a. med syfte att underlätta för kvinnor och män att förena arbete och föräldraskap. Fattigdomsfällor har visat sig vara vanligast bland arbetslösa som har barn och bland kvinnor och arbetslösa som tidigare haft låg lön.

Barn som lever i familjer med långvarigt socialbidragsberoende har sämre hälsa än barn i genomsnitt och det är därför viktigt att dessa barn och deras familjer får tillräckligt stöd för att kompensera för en mer sårbar situation. Målen för politikområdet *socialtjänst* om att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn stämmer väl överens med folkhälsopolitikens syften.

Studier visar att unga förtidspensionärer/sjukbidragstagare har betydligt sämre levnadsförhållanden än jämnåriga i befolkningen. Särskilt dåliga är levnadsförhållandena för dem som har psykiska funktionshinder. Målet för politikområdet *ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp* är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till år 2002 halveras fram till år 2008 parallellt med att antalet nya aktivitets- och sjukersättningar skall minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

Könstillhörighet har betydelse även för barns hälsa, då flickor och pojkar lever under olika villkor i flera avseenden. Det är viktigt att samhällets resurser kommer både flickor och pojkar till del på lika villkor. Därför är det övergripande målet för *jämställdhetspolitiken*, att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden, tillsammans med samtliga delmål (se avsnitt 4.2) viktiga som mål inom detta målområde.

Utbildning är en bestämningsfaktor av avgörande betydelse för en god hälsoutveckling. Målet för *utbildningspolitiken* är att Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa. Förskolan är en del av den generella välfärden och skall därför erbjudas alla barn från tidig ålder.

Förskoleverksamhetens och skolbarnsomsorgens uppgift är att stimulera barns utveckling och lärande samt bidra till goda uppväxtvillkor. Förskolan och skolbarnsomsorgen skall bidra till att utjämna skillnader i uppväxtvillkor för flickor och pojkar med olika bakgrund och skapa mötesplatser för barn med olika etnisk, kulturell och social tillhörighet. Det är t.ex. viktigt att barn med ett minoritetsspråk får undervisning på sitt modersmål. Inriktningen mot barns och ungdomars uppväxtvillkor ställer särskilda krav på att kompensera de barn och unga som bor i en socialt utsatt miljö.

Inom ramen för storstadspolitiken har särskilt betonats betydelsen av att stärka det svenska språkets ställning hos barn och ungdomar i utsatta bostadsområden, t.ex. bör alla elever ges förutsättningar att nå målen i grundskolan. Målet för *storstadspolitiken* om att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktig hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet samt att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare ligger väl i linje med folkhälsopolitikens syften.

Hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög grad av tillgänglighet bidrar i hög grad till en god fysisk och psykisk hälsoutveckling tidigt i livet och utgör därför en viktig del av en god infrastruktur för att skapa trygga och goda uppväxtvillkor. Målet för politikområdet *hälso- och sjukvårdspolitik* är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Hur barnfamiljer bor säger en del om barns villkor. Barn som lever med en förälder, barn i invandrarfamiljer och barn till låginkomsttagare kan i många fall ha en socialt utsatt boendemiljö. För barn spelar närmiljön en viktig roll för deras utveckling och hälsa. I dag saknas t.ex. klara riktlinjer för barns offentliga lekmiljö och utomhusvistelser i förskola och skola trots dessa miljöers betydelse för exempelvis stressrelaterade tillstånd, för grovmotorik och för koncentration. Hälsan kan påverkas genom en bostadspolitik som motverkar segregation och utvecklar boendeflyttande. Målen för *bostadspolitiken* är att alla skall ges förutsättningar att leva i goda bostäder till rimliga kostnader i en stimulerande och trygg miljö inom långsiktigt hållbara ramar. Boendemiljön skall bidra till jämlika och värdiga levnadsförhållanden och särskilt främja en god uppväxt för barn och ungdomar.

Att barn och ungdomar i invandrarfamiljer löper ökad risk att drabbas av ohälsa kan till stor del förklaras av föräldrarnas sämre sociala och materiella villkor jämfört med infödda svenskars. Andra faktorer som orsakar ohälsa kan handla om upplevelse av diskriminering och utanförskap. Även faktorer såsom starkt patriarkala värderingar i vissa familjer och grupper kan vara uppenbara orsaker till ohälsa bland flickor och unga kvinnor då det bl.a. får konsekvenser för deras självbestämmande och delaktighet i samhället på egna villkor. För barn till flyktingar och asylsökande är, precis som för deras föräldrar, erfarenheterna som låg till grund för själva flykten samt mottagandet i Sverige av stor betydelse för hälsoutvecklingen. Målen för *integrationspolitiken* om lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olik-

heter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för är särskilt viktiga när det gäller att skapa trygga och goda uppväxtvillkor.

Målen för *handikappolitiken* om att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionshinder är också viktiga för att skapa trygga och goda uppväxtvillkor och överensstämmer väl med folkhälsopolitikens syften.

Att göra kulturen tillgänglig för så många människor som möjligt är ett viktigt mål för *kulturpolitiken*. Att ge barn och ungdomar möjlighet att på jämställda och jämlika villkor delta i kulturlivet och få ett eget utrymme för kreativitet och eget skapande i olika verksamheter är också viktigt för att skapa trygga och goda uppväxtvillkor. Målen för kulturpolitiken är därför viktiga och ändamålsenliga även ur ett folkhälsoperspektiv.

Med tanke på utsattheten och riskerna för en kriminell utveckling för vissa grupper av barn och unga är det brottsförebyggande arbetet särskilt viktigt när det gäller att skapa trygga och goda uppväxtvillkor. Barn i våldsmiljöer, som utsatts för våld eller tvingas bevittna våld i sin familj utgör en stor riskgrupp för att utveckla ohälsa och att dras in i kriminalitet. Målen för *rättsväsendet* inklusive *kriminalpolitiken* om den enskildes rättstrygghet och rättssäkerhet och att minska brottsligheten och öka människors trygghet är även ur folkhälsosynpunkt viktiga och väl lämpade som mål för att skapa trygga och goda uppväxtvillkor.

5.4 Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet

Regeringens förslag: Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan och bidrar till en allmänt förbättrad folkhälsa samt minskar de sociala skillnaderna i ohälsa. Ökad hälsa i arbetslivet skall därför utgöra ett särskilt målområde.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Kommittén anger några viktiga åtgärdsområden inom arbetslivet, som anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet, minskat övertidsarbete och en förstärkt företagshälsovård. Kommittén bedömer även att en Arbetslivskommision bör tillsättas. Dess uppgift skall enligt kommittén vara att analysera hälsotrender i förhållande till aktuella och framtida arbetslivsförändringar och att utarbeta underlag och förslag till en hälsofrämjande arbetslivspolitik.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna stödjer förslagen i huvudsak, bl.a. företagshälsovårdens betydelse, men man kompletterar med ytterligare aspekter. *Arbetsmiljöverket* anser att företagshälsovården bör bli en viktigare aktör i det förebyggande arbetet och påminner även om förekomsten av arbetsolyckor. *Svenskt Näringsliv* anser att arbetsgivarna behöver stödja företagshälsovården mera. *Jämställdhetsombudsmannen* menar att kraftfulla insatser behövs för att förebygga kvinnors ohälsa via förbättrade arbetsvillkor. *Handikapp-*

ombudsmannen menar att möjligheten till Samhalls- och lönebidragsanställningar aldrig bör vara förstahandsval.

Yrkesmedicin vid Stockholms läns landsting m.fl. remissinstanser betonar att i syfte att uppnå god arbetsmiljö är det viktigt att uppmärksamma den demografiska utvecklingen i arbetslivet mot en allt större andel äldre arbetskraft. *Arbetslivsinstitutet* vill starkare betona arbetsgivarnas roll för arbetsmiljön och folkhälsan. *Landsorganisationen* menar att ett viktigt mål är att alla skall kunna avsluta ett yrkesverksamt liv med bibehållen hälsa och påpekar att arbetet i dag tyvärr bidrar till ohälsa med konsekvenser för samhällets insatser inom området. För att uppnå ett samordnat arbete krävs enligt *Statens folkhälsoinstitut* långsiktighet, uthållighet, samordning inom regeringskansliet och tydlig styrning av berörda myndigheter.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Regeringen instämmer i huvudsak i den bedömning som görs av Nationella folkhälsokommittén. Det goda arbetet är en viktig förutsättning för hälsan. Arbetet måste präglas av en säker och trygg miljö, fysiskt såväl som psykiskt. För att uppnå en hälsofrämjande arbetsmiljö behöver vissa grundvillkor vara uppfyllda oberoende av var människor befinner sig i arbetslivet. Dit hör att ha kontroll över sitt arbete, hur det skall utföras och hur mycket som är rimligt att orka med. Regeringen anser att kraven i arbetslivet måste balanseras mot människors möjligheter att kunna fungera och må bra under ett helt arbetsliv. Arbetsmiljön måste i den meningen vara god och arbetsgivarens ansvar för hälsan måste göras tydligare. Det goda arbetet skall även ge den enskilde möjlighet till delaktighet och inflytande liksom till utveckling och ökad kompetens. Redan beslutade mål och delmål för berörda politikområden inom målområdet är helt i linje med kommitténs förslag.

Det är regeringens bedömning att, såsom redan sker idag, kraftfulla och mångsidiga satsningar, kortsiktiga såväl som långsiktiga, behövs för att minska den accelererande arbetsrelaterade ohälsan. En god arbetsmiljö är en avgörande faktor. En mängd olika delar i en människas livsvillkor och levnadsvanor har betydelse för vilka åtgärder som krävs för att bryta utvecklingen med ökande arbetsrelaterad sjukskrivning. En god psykisk och fysisk arbetsmiljö är särskilt viktig för att minska hjärt- och kärlsjukdomar, värk och belastningsskador, psykisk ohälsa och andra stressrelaterade sjukdomar.

Sedan kommitténs betänkande lämnades, har regeringen vidtagit en rad åtgärder för att åstadkomma en kraftsamling för ökad hälsa i arbetslivet. Detta sker i första hand inom ramen för det under år 2002 av regeringen beslutade s.k. 11-punktsprogrammet, som bl.a. innehåller trepartssamtal mellan arbetsmarknadens parter. I december 2000 tillsatte regeringen en utredning med uppgift att ta fram en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen, dir. 2000:92). Denna lämnade sitt slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) i januari 2002. Regeringen har även tillsatt en utredning, som skall lämna förslag till utformning och inriktning av en analysgrupp inom området

hälsa och ohälsa i arbetslivet (dir. 2002:4). Analysgruppen skall bidra till att ta fram en samlad bild av hälsoläget på arbetsmarknaden och till att relevanta forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt. Regeringen anser att syftet med den kommission, som Folkhälsokommittén föreslår, i huvudsak har tillgodosetts genom dessa åtgärder.

Långtidssjukskrivningarna har ökat markant under de senaste åren. Förutom det faktum att samhället i stort bygger på målet om full sysselsättning åt de som ingår i arbetskraften och att detta kan skapa ett utanförskap för den som är långtidssjukskriven så medför det stora ekonomiska problem för staten. Dessutom uppstår en ökande brist på människor som behövs i vården av sjuka och äldre. I arbetet med att finna snabba lösningar för att minska ohälsotalet kommer lätt frågan om hur man i tid förebygger sjukdom i arbetslivet i skymundan. I detta sammanhang är det viktigt att lyfta fram det förebyggande arbetet inom arbetslivet och dess betydelse för folkhälsan. Den uppföljning som görs av hälsans bestämningsfaktorer inom målområdet bör därför ingå även i den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet.

Beslutade mål inom målområdet

Den nationella *arbetslivspolitikens* mål är ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor. En god och utvecklande arbetsmiljö, kunskap och kompetens i arbetslivet, en arbetsrättspolitik som skapar trygghet, flexibilitet och delaktighet, ett arbetsliv som präglas av mångfald, jämställdhet och icke-diskriminering samt arbetsfred och lönebildning i samhälls-ekonomisk balans ger tillsammans en god grund för tillväxt, sysselsättning och ett konkurrenskraftigt näringsliv. På så sätt skapas också ett arbetsliv där den enskilde individen känner trygghet och tillfredsställelse och därmed har bättre möjlighet att bibehålla hälsan.

En inriktning för målområdet ökad hälsa i arbetslivet presenterades av regeringen i budgetpropositionen för år 2002 (prop. 2001/02:1) under politikområdet arbetslivspolitik (utgiftsområde 14). Där slås fast att en sammanhållen strategisk satsning krävs för att uppnå förbättrade arbetsvillkor och ökad hälsa i arbetslivet. Särskilt viktigt är att uppmärksamma kvinnors hälsa. Det tidigare nämnda 11-punktsprogrammet är ett led i en sådan strategisk satsning. Det innehåller åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, om åtgärder för snabb återgång till arbete vid ohälsa och om forskning och metodutveckling. Särskilt uppmärksammas stressen i arbetslivet.

Inom *jämställdhetspolitiken* finns delmål med bäring på detta målområde: målet om kvinnors och mäns lika villkor och förutsättningar i fråga om företagande, arbete, arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter i arbetet och målet om delat ansvar mellan kvinnor och män för hem och barn. *Integrationspolitikens* mål om lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund och *handikapppolitikens* mål om att samhället skall utformas så att människor med funktionshinder blir fullt delaktiga i samhällslivet har även betydelse för målområdet.

I budgetpropositionen för år 2003 föreslår regeringen ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet (prop. 2002/03:1). Målet är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till år 2002

halveras fram till år 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

En av grundtankarna i arbetsmiljölagen (1977:1160) är att arbetsmiljöarbetet skall inordnas i det dagliga arbetet. Arbetsmiljön utgör en viktig produktivitetfaktor och i dag finns indikationer på att ett mer systematiskt arbetsmiljöarbete ger positiva effekter för såväl arbetstagare som för verksamheten. Det är regeringens mening att det fordras en bred samsyn i frågor som rör förnyelsen av arbetsmiljöarbetet, eftersom ingen part ensam kan lösa de komplexa problem som råder i dag. Ambitionen bör vara att åstadkomma ett brett åtgärdsprogram för att främja hälsa i arbetslivet genom att förebygga negativ stress, motverka långtids-sjukskrivningar och arbetsskador samt minska utslagningen från arbetslivet.

5.5 Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter

Regeringens förslag: Sunda och säkra miljöer och produkter är av grundläggande betydelse för folkhälsan och skall utgöra ett särskilt målområde.

De framtida insatserna inom området skall utgå ifrån de av riksdagen beslutade miljö kvalitetsmålen och en kretsloppsstrategi som inkluderar en miljöorienterad produktpolitik samt de av riksdagen beslutade konsumentpolitiska målen. Insatserna för att skapa en säker trafikmiljö skall på samma vis utgå från de av riksdagen beslutade målen för transportpolitiken.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Kommittén föreslår Sunda inne- och utemiljöer som ett av de arton nationella målen. Kommittén har även med ett nationellt mål om tillgängliga grönområden för rekreation. Under målet som rör skadesäkra miljöer och produkter behandlar kommittén även frågor som självmord och mäns våld mot kvinnor.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som har uttalat sig instämmer i huvudsak i folkhälsokommitténs uppfattning och formuleringar. Flera remissinstanser framhäver buller som en viktig faktor att vidta åtgärder mot samt att buller är ett växande problem. Allergier och annan överkänslighet samt problem med tobaksrök berörs av flera remissinstanser.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Regeringen ställer sig bakom Folkhälsokommitténs förslag om sunda inne- och utemiljöer samt skadesäkra produkter och miljöer som viktiga mål för folkhälsan. Sverige skall fortsatt vara ett föregångsland för en ekologiskt hållbar utveckling. Omvandlingen av Sverige till ett ekologiskt hållbart samhälle omfattar de flesta politikområden och är ett arbete som i hög grad påverkar folkhälsan. Det är av avgörande betydelse

för folkhälsan att samhällets skydds- och kontrollfunktioner upprätthålls på en kvalificerad nivå och förbättras när våra kunskaper om sambanden mellan miljö, skador och folkhälsa ökar. Försiktighetsprincipen bör gälla vid införandet av ny teknik. Det är vidare angeläget att den ömsesidiga kopplingen mellan miljöfaktorer och hälsa uppmärksammas i det förebyggande arbetet. Forskning och kunskapsspridning är angelägen när det gäller nya sjukdomsdiagnoser som t.ex. elöverkänslighet och amalgamskador. Sunda och säkra miljöer och produkter skall därför utgöra ett särskilt målområde. Säkra livsmedel behandlas dock under målområde 10, se avsnitt 5.10.

En god inomhusmiljö kan bidra till en bättre hälsa. Flera hundra tusen människor upplever sådana besvär av inomhusmiljön att de får symptom. I olika studier beträffande upplevda besvär av inomhusmiljön anges ofta som orsak förekomst av fukt och mögel. Sambanden mellan förekomst av mögel och fukt i byggnader och ohälsa kan anses väl belagda. Det bör dock påpekas att det i det enskilda fallet kan vara svårt att påvisa direkta samband mellan upplevd ohälsa och uppmätta förhållanden i byggnaden. Det är väsentligt att arbetet med att förbättra inomhusmiljön samordnas med folkhälsoarbetet på alla nivåer i samhället. Inomhusmiljön i Sverige är överlag god. De observerade brister som är kopplade till byggnaders utformning och placering avser framför allt ventilation, förhöjda fukthalter som kan ge upphov till oönskade kemiska emissioner liksom problem med mögel och andra mikroorganismer, samt radon. Till sammans med aktiv och passiv rökning är dessa faktorer de som är särskilt angelägna att uppmärksamma ur folkhälsosynpunkt, eftersom det finns belägg för att de kan bidra till ohälsa.

Det finns ett tydligt samband mellan människors användning av grönområden för rekreation mer allmänt och tillgången till en grön omgivning i det egna bostadsområdet. Studier visar att människors vardagsmiljöer har stor betydelse för stressnivåer och hälsa. Det har särskilt visat sig att möjlighet till rekreation och återhämtning i t.ex. natur- och grönområden, genom kulturupplevelser eller skapande verksamhet påverkar människors förmåga att återhämta sig från stress. Barn, äldre och funktionshindrade med nedsatt rörlighet är mer beroende än andra av att det finns områden för lek respektive rekreation och återhämtning nära hemmet. Undersökningar av vanor, behov och preferenser visar att boende i småhus har en tämligen god försörjning av återhämtande miljöer på nära håll. Där emot visar det sig att enbart hälften av de boende i flerfamiljshus använder sig av gemensamma grönområden i anslutning till boendet.

Personskador är ett stort folkhälsoproblem i Sverige. Skador kan uppstå genom oavsiktliga händelser som olycksfall eller genom avsiktliga handlingar som våld och självmordsförsök. Händelser som resulterar i skador sker inte slumpmässigt i befolkningen utan de inträffar i hög grad i relation till exponering för risker i olika miljöer. Risken att skadas skiljer sig åt mellan människor beroende på bl.a. ålder, kön, socioekonomisk samt etnisk och kulturell tillhörighet.

Inom politikområdet *miljöpolitik* är målet att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen är lösta. När detta skett har vi också uppfyllt grundförutsättningarna för ett ekologiskt hållbart samhälle.

Riksdagen beslöt våren 1999 om 15 miljö kvalitetsmål som anger vilket tillstånd som skall uppnås i ett generationsperspektiv (prop. 1997/98:145, bet. 1998/99: MJU6, rskr. 1998/99:183). Samtliga 15 mål påverkar människans livsbetingelser och följande mål har en mer direkt påverkan på folkhälsan: *God bebyggd miljö*, *Begränsad klimatpåverkan*, *Frisk luft*, *Giffri miljö*, *Skyddande ozonskikt* samt *Säker strålmiljö*.

Målet om *God bebyggd miljö* innebär bl.a. att städer, tätorter och annan bebyggd miljö skall utgöra en god och hälsosam livsmiljö. Samhällsplaneringen har en viktig roll för att åstadkomma detta. Det gäller bland annat att skapa miljöer som ger skönhetsupplevelser och trevnad, att skapa ett varierat utbud av bostäder, arbetsplatser, service och kultur, att boende- och fritidsmiljön samt så långt möjligt arbetsmiljön uppfyller samhällets krav på gestaltning, frihet från buller tillgång till solljus, rent vatten och ren luft, natur och grönområden, transporter, miljöanpassade kollektivtrafiksystem, att inte utsättas för luftföroreningar, bullerstörningar och oacceptabla hälso- eller säkerhetsrisker samt om mark och vattenområden fria från gifter m.m. Även riksdagsskrivelsen En samlad naturvårdspolitik (skr. 2001/02:173) som regeringen överlämnade till riksdagen i mars 2002 utgör en viktig del i arbetet med att bl.a. värna friluftslivet och biologisk mångfald. I skrivelsen aviseras bl.a. en statlig programsatsning på kommunal naturvård. Vidare framhålls, med koppling till miljö kvalitetsmålet *God bebyggd miljö* och delmålet om planeringsunderlag, att senast år 2010 bör kommunerna grunda sin fysiska planering på program och strategier för hur grön- och vattenområdena i tätorter och tätortsnära områden skall bevaras och utvecklas.

Riksdagen beslutade i juni 2002 om delmål för inomhusmiljön inom miljö kvalitetsmålet *God bebyggd miljö* (prop. 2001/02:128, bet. 2001/02:BoU14, rskr. 2001/02:291). Delmålet skall vara uppnått till år 2020 och innebär att byggnader och deras egenskaper inte skall påverka hälsan negativt. I propositionen preciserar regeringen hur delmålet skall nås avseende radon och ventilation. Det skall säkerställas att samtliga byggnader där människor vistas ofta eller under längre tid senast år 2015 har en dokumenterat fungerande ventilation, att radonhalten i alla skolor och förskolor år 2010 är lägre än 200 Bq/m³ luft och att radonhalten i alla bostäder år 2020 är lägre än 200 Bq/m³ luft.

Inomhusmiljön påverkas även av andra miljö kvalitetsmål. *Frisk luft* ger förutsättningar för att ren luft tas in i byggnaderna. Kvaliteten på utomhusluften påverkas av mängden föroreningar liksom av vindförhållanden m.m. Den luft som tas in i byggnaderna har därför varierande kvalitet. Miljö kvalitetsmålet för *Frisk luft* innebär att luften skall vara så ren att människors hälsa samt djur, växter och kulturvärden inte skadas. Delmålet till miljö kvalitetsmålet innebär att utsläpp av cancerframkallande ämnen i tätorter bör ha halverats till år 2005 räknat från 1991 års nivå. Tillgången till frisk luft är en väsentlig naturresurs som är av stor betydelse för folkhälsan.

Eftersom vistelse i natur, parker och grönområden är en viktig del av människors rekreation, är det angeläget att det finns möjligheter för alla – inklusive personer med funktionshinder – att få tillgång till en sådan omgivning. Grönska renar också luften från stoft och avgaser och påverkar därmed miljön positivt från hälsosynpunkt. Den fysiska planeringen har en viktig roll för att åstadkomma detta. Det är viktigt att strukturen för grönområden behandlas tillsammans med övriga struktur- och markanvändningsfrågor i den kommunala översiktliga planeringen. Målen för bl.a. *storstadspolitiken* är här viktiga att uppmärksamma liksom målen för *bostadspolitiken*.

Det är även viktigt att miljö kvalitetsmålet *Giftfri miljö* nås där målet är att miljön skall vara fri från ämnen och metaller som skapats i eller utvunnits av samhället och som kan hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden. Inriktningen är att miljö kvalitetsmålet skall nås inom en generation. Ett viktigt delmål är att fasa ut farliga ämnen ur varor. Nyproducerade varor skall så långt det är möjligt vara fria från t.ex. kvicksilver senast år 2003 och kadmium och bly senast år 2010. En precisering av målet om en giftfri miljö innebär att

- halterna av ämnen som förekommer naturligt i miljön är nära bakgrunds nivåerna,
- halterna av naturfrämmande ämnen i miljön är nära noll,
- den sammanlagda exponeringen i arbetsmiljö, yttre miljö och inomhusmiljö för särskilt farliga ämnen är nära noll och för övriga kemiska ämnen inte skadliga för människor,
- förorenade områden är undersökta och vid behov åtgärdade.

Naturvårdsverket beräknar att ungefär 1,5 miljoner människor i landet utsätts för bullernivåer från trafiken utanför sin bostad som överstiger 55 dBA, vilket är högsta riktvärdet för buller utomhus. Buller förekommer både i utomhusmiljön och inomhus. En av de vanligaste upplevda bullerstörningarna orsakas av trafikbuller.

Det är särskilt viktigt att barn och ungdomar inte utsätts för skadligt ljud till exempel vid diskotek- och konsertbesök. Tinnitus, vars uppkomst kan ha samband med höga ljudnivåer, är ett stort och växande problem. Problemet tycks även debutera i allt yngre åldrar. Det finns i dag ett regelverk men i de flesta kommuner når det inte sitt syfte, nämligen att skydda människors hörsel och hälsa. Riksdagen har beslutat om delmål för buller i bostäder som innebär att antalet människor som utsätts för buller över riktvärdena skall ha minskat med fem procent fram till år 2010 jämfört med läget år 1998. Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att se över regelverket för höga ljudnivåer.

De två stora globala miljöhoten är utsläppen av koldioxid från förbränning av fossila bränslen och utsläppen av ozonnedbrytande ämnen såsom freoner. De ger upphov till växthuseffekten och påskyndar uttunnningen av det skyddande ozonskiktet. När det gäller miljö kvalitetsmålet *Skyddande ozonskikt* är målet att ozonskiktet skall utvecklas så att det långsiktigt ger skydd mot skadlig UV-strålning. UV-orsakade hudtumörer är ett stort folkhälsoproblem. Det krävs såväl ett fullgott ozonskikt som informationsinsatser för att minska detta problem. Vad gäller miljö kvalitetsmålet *Begränsad klimatpåverkan* inriktas åtgärdsarbetet på att halten av koldioxid i atmosfären stabiliseras på en halt lägre än 550 ppm samt att halterna av övriga växthusgaser i atmosfären inte ökar.

Målets uppfyllande är till avgörande del beroende av insatser i alla länder. Internationella överenskommelser är alltså nödvändiga för att kunna påverka den framtida utvecklingen i positiv riktning. Arbetet inom såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som EU utgör här viktiga fundament. Extrema väderbetingelser har under senare år förorsakat stora mänskliga och materiella skador, men det är för tidigt att fastslå orsaken till dessa väderförhållanden. Åtgärder för att nå målet om begränsad klimatpåverkan har behandlats i en särskild proposition om en svensk klimatstrategi (prop. 2001/02:55).

Inom ramen för miljömålsarbetet är även arbetet för miljö kvalitetsmålet *Säker strålmiljö* av betydelse för hälsan. I vår miljö utsätts vi hela tiden för olika strålkällor. Av alla strålkällor är det UV-strålningen från sol och solarier som påverkar vår hälsa mest. Den individuella exponeringen styrs dock i hög grad av livsstil och vanor. Den stora utmaningen är att genom information få människor att minska sina årliga UV-doser. Som ett led i detta arbete byggs ett system för att ange UV-strålningen från solen för en godtycklig punkt i Sverige. Riskerna med elektromagnetiska fält ska kontinuerligt kartläggas och nödvändiga åtgärder ska vidtas i takt med att sådana eventuella risker identifieras.

Uppföljningen av de nämnda miljö kvalitetsmålen och de olika delmålen kommer även att ingå i den samlade uppföljningen av folkhälso-målet. Uppföljningen bör omfatta både mått på måluppfyllelse och eventuella effekter på hälsan för att vidtagna åtgärders långsiktiga effektivitet skall kunna bedömas. Indikatorer bör utarbetas för att se om hälsan förbättras till följd av en förbättrad inomhusmiljö.

Regeringen har i riksdagsskrivelsen En miljöorienterad produktspolitik (skr. 1999/2000:114, bet. 2000/01: MJU3, rskr. 2000/01:52) presenterat en strategi för hur arbetet med en miljöorienterad produktspolitik bör bedrivas i Sverige, inom EU och globalt. Syftet med denna produkt-politik är att minska den negativa påverkan från produkter på människors hälsa och miljö som bl.a. uppstår genom spridning av farliga ämnen vid produktion, användning och omhändertagande av produkter. En integrerad produktspolitik (IPP) bidrar till att komplettera den befintliga miljö-politiken genom att använda ett livscykel tänkande, genom att engagera alla berörda aktörer längs produktens livscykel, genom att kombinera och effektivisera lämpliga styrmedel såsom bl.a. miljöledningssystem, miljö-varudeklarationer, miljömärkning, miljöanpassad upphandling, producentansvar och genom att komplettera och stödja andra strategier såsom Klimatstrategin, Kemikaliestrategin och Sjätte miljöhandlingspro-grammet. EU-kommissionen presenterade i februari 2001 en grönbok om den produktrelaterade miljö politikens bidrag till hållbar utveckling (KOM (2001) 68 slutlig) och avser att presentera en Vitbok under våren 2003.

För ett samhälle som vill uppnå en god hälsa är det en viktig uppgift att utforma skadesäkra miljöer. För politikområdet *Skydd och beredskap mot olyckor och svåra påfrestningar* är målet att minska risken för och konsekvenserna av olyckor och svåra påfrestningar på samhället.

Inom *transportpolitiken* är målet att säkerställa en samhällsekonomiskt effektiv och långsiktigt hållbar transportförsörjning för medborgarna och näringslivet i hela landet. Ett transportpolitiskt jämställdhetsmål har nyligen antagits av riksdagen för att verka för att kvinnor och mäns

förutsättningar och villkor i trafiken skall beaktas, inte minst ur ett säkerhetshänseende.

År 1997 introducerade regeringen den s.k. nollvisionen på trafiksäkerhetsområdet (prop. 1996/97:137). Denna slog fast att ingen skall dödas eller skadas allvarligt till följd av trafikolyckor inom vägtransport-systemet. Nollvisionen kom sedermera att ligga till grund för 1998 års riksdagsbeslut om ett reviderat övergripande mål för *trafikpolitiken* – att trafikpolitiken ska säkerställa en samhällsekonomiskt effektiv och långsiktigt hållbar transportförsörjning för medborgarna och näringslivet i hela landet – med tillhörande del- och etappmål. Delmålet om trafiksäkerheten har formulerats helt utifrån nollvisionen. Tillhörande etappmål säger att antalet personer som dödas till följd av vägtrafikolyckor bör ha minskat med 50 procent till år 2007 räknat från 1996-års nivå.

År 1999 tog regeringen initiativ till ett handlingsprogram för ökad trafiksäkerhet (prop. 1999/2000:1). Programmet anger elva punkter för ökad trafiksäkerhet som skall genomföras, bl.a. rörande säker cykeltrafik och satsningar på de farligaste vägarna. En viktig del av regeringens 11-punktsprogram är att alla parter som kan påverka trafiksäkerheten tar sin del av ansvaret för en ökad trafiksäkerhet. Regeringen anser att arbetet med att minska antalet dödade och skadade i trafikolyckor bör utgöra ett prioriterat område i det samlade nationella folkhälsoarbetet. Arbetet ska ta sin utgångspunkt i de av riksdagen beslutade mål om trafikpolitiken från år 1997 och 2001 samt regeringens handlingsprogram för en ökad trafiksäkerhet.

Den 1 januari 2003 inrättas Vägtrafikinspektionen. Inspektionens övergripande syfte skall vara att verka för att de olika systemutformarna tar sitt ansvar för att ständigt förbättra och vidmakthålla en säker vägtrafik så att medborgarnas liv och hälsa inte hotas. Då brister konstateras syftar inspektionens verksamhet till att klarlägga orsaker och verka för att bristerna avhjälpas så fort som möjligt.

Även *konsumentpolitiken* påverkar detta målområde. Målet för konsumentpolitiken är att konsumenternas ställning och inflytande på marknaden skall stärkas och att hushållen skall ha goda möjligheter att utnyttja sina ekonomiska och andra resurser effektivt. Vidare skall konsumenternas hälsa och säkerhet skyddas. Från allergisynpunkt är t.ex. kraven på olika produkter viktiga. Nästan 20 procent av befolkningen har olika former av kontaktallergier och det är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. En utsatt grupp är de som i sitt arbete riskerar att utveckla allergi eller försämras i sin allergisjukdom. Nya produkter tillkommer ständigt och i dag beskrivs 3 700 olika ämnen som kontaktallergena. Behovet av samråd mellan näringsliv, forskare, myndigheter och allergiorganisationer är här stort. Vidare skall sådana konsumtions- och produktionsmönster utvecklas som minskar påfrestningarna på miljön och bidrar till en långsiktig hållbar utveckling. Konsumenterna skall även ha tillgång till god vägledning, information och utbildning.

Det svenska produktsäkerhetsarbetet utgår från behovet av att minska antalet produktrelaterade olyckor i samhället och att tillförsäkra konsumenterna en marknad med säkra varor och tjänster. Den nuvarande handlingsplanen för konsumentpolitiken fastställdes av riksdagen hösten 2001 (prop. 2000/01:135, bet. 2001/02:LU2, rskr. 2001/02:51). Handlingsplanen slår fast att regeringen under perioden 2001–2005 ska

prioritera produktsäkerhet och marknads kontroll. Andra viktiga områden inom vilka arbete bedrivs i syfte att förbättra konsumenternas hälsa och säkerhet är standardisering och skaderegistrering. Sverige har i jämförelse med många medlemsstater i EU kommit långt i arbetet med produktsäkerhet, särskilt när det gäller det långsiktiga arbetet med säkerhet bland leksaker och barnomsorgsprodukter samt arbetet för att öka användningen av personlig skyddsutrustning. Inom produktsäkerhetsområdet är barn en prioriterad målgrupp och barnsäkerhet bör även fortsättningsvis prioriteras. Barn kan inte förutsättas själva bedöma risker eller läsa varningstexter. Produkter och tjänster som är avsedda för barn skall därför vara så säkert konstruerade som möjligt. I oktober 2001 tillsatte regeringen en delegation (S 2001:05) för att se över och arbeta med frågor om säkerhet och förebyggande av skador i barns och ungdomars miljö. Delegationen ska bl.a. kartlägga vilka skador och olycksfall som drabbar barn och ungdomar, vilka barn och ungdomar som drabbas beroende på bl.a. kön, ålder och bostadsform samt lämna förslag till förbättringar när det gäller statistik och annan kunskapsinhämtning inom området.

Regeringen har i juni 2002 givit Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett nationellt informationssystem för att följa personskadeutvecklingen. I uppdraget ingår att lämna förslag på hur befintliga avidentifierade data om skador kan utnyttjas och utvecklas för att på bästa sätt tillgodose informationsbehovet inom olika sektorer. Vidare ingår att se över och föreslå hur befintliga registrerings- och rapporteringssystem kan samordnas samt belysa finansieringsbehov. Uppdraget skall genomföras i samarbete med bl.a. Konsumentverket. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 mars 2003.

EU:s nya allmänna produktsäkerhetsdirektiv (2001/95/EG) gör det nödvändigt med en översyn av den svenska lagstiftningen på produktsäkerhetsområdet och arbetet med genomförandet av det nya direktivet påbörjades under 2002. I enlighet med den konsumentpolitiska handlingsplanen bedömer regeringen att det är önskvärt att omfattningen av de marknadskontroller som sker på konsumentområdet ökar i omfattning. Regeringen avser att inom kort tillsätta en utredning som skall få i uppdrag att komma med förslag på hur marknadskontrollen på bl.a. konsumentområdet kan förstärkas.

När det gäller standardiseringsarbetet är det regeringens uppfattning att konsumentintressena i större utsträckning bör beaktas i det europeiska standardiseringsarbetet. Regeringen har därför från och med år 2002 tilldelat konsumentorganisationerna Sveriges konsumentråd och Sveriges konsumenter i samverkan ytterligare medel för att göra det möjligt för dessa organisationer att mer aktivt kunna delta i det europeiska standardiseringsarbetet. Sverige har vidare inom ramen för det Nordiska ministerrådet tagit initiativ till ett nordiskt samarbete för att stärka konsumenternas inflytande i det internationella standardiseringsarbetet.

Uppföljningen av produktpolitiken, transportpolitiken och konsumentpolitiken bör naturligtvis även ingå i den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet.

Regeringens förslag: Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård skall därför utgöra ett målområde.

Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv skall genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. I det hälsofrämjande arbetet har primärvården en viktig roll.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i kommitténs uppfattning att hälso- och sjukvården bör bli mer hälsoinriktad. *Socialstyrelsen* har samma syn på hälso- och sjukvårdens roll som kommittén och anser att en bättre integrering av förebyggande och hälsofrämjande arbete med behandling och rehabilitering kan åstadkommas. *Socialstyrelsen* uppger även att man funnit brister i det nuvarande prioriteringsarbetet och har konstaterat att hälso- och sjukvården inte tillämpar prioriteringskriterierna på ett tillräckligt systematiskt, öppet och tydligt sätt (SoS-rapport 1999:16). Det föreligger med nuvarande praxis en stor risk för att det förebyggande arbetet begränsas till läkemedelsförskrivning.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Hälso- och sjukvårdens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Utöver det generella ansvaret för en god hälsa i befolkningen och att arbeta för att förebygga ohälsa, har hälso- och sjukvården även ett ansvar att, när det är lämpligt, ge upplysning om metoder för att förebygga sjukdom och skada. Bestämmelserna gäller oavsett om hälso- och sjukvården bedrivs på sjukhus, i öppenvård eller i det särskilda boendet i kommunen.

Hälso- och sjukvården har en nyckelroll i folkhälsoarbetet genom sin specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär en förskjutning i synen på vilka kunskaper och vilka arbetsätt som är mest effektiva för att förebygga och främja hälsa på lång sikt. Hälso- och sjukvården bör i större utsträckning använda sin auktoritet, kunskap och kontaktyta för att främja hälsa i mötet med patienter och anhöriga och mer systematiskt integrera relevanta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter i det löpande arbetet så att de blir naturliga delar i hela vårdkedjan. Det faktum att hälsans bestämningsfaktorer i stor utsträckning återfinns inom andra samhällssektorer minskar inte betydelsen av hälso- och sjukvårdens insatser i det samlade folkhälsoarbetet. En hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och

sjukvården höjer vårdens kvalitet och utgör en viktig del i ansträngningarna att effektivisera vården. Hälso- och sjukvårdens råd i livsstilsfrågor är långsiktigt kostnadseffektiva. Ett förebyggande arbete kan både på kort och på lång sikt minska vårdbehovet. Primärvården har exempelvis genom sin stora kontaktyta med såväl unga som äldre en viktig uppgift i folkhälsoarbetet.

Mycket talar för att det i dag finns vissa brister inom hälso- och sjukvården när det gäller att uppfylla ansvaret att förebygga ohälsa, t.ex. inom områden som att sluta röka, dricka mindre alkohol, äta bättre, ägna mer tid åt fysisk aktivitet, ge akt på behov av vila och sömn m.m., vanor som i hög grad bidrar till ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. I dag används läkemedel till stor del i preventivt syfte. För att undvika att det förebyggande arbetet begränsas till läkemedelsförskrivning är det angeläget att andra metoder tillämpas och utvecklas.

Beslutade mål inom målområdet

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att nå målet skall hälso- och sjukvården bl.a. arbeta med att förebygga ohälsa. *Hälso- och sjukvårdspolitikens* mål är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Tidigare beslut

I Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) bekräftar regeringen hälso- och sjukvårdens nyckelroll i folkhälsoarbetet. En hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvården utgör en viktig del i ansträngningarna att effektivisera vården. Den viktigaste uppgiften i detta avseende är att i patient- och anhörigkontakter systematiskt integrera relevanta förebyggande och hälsofrämjande aspekter. Hälso- och sjukvården har även, t.ex. via mödra-, barn- och skolhälsovården, goda möjligheter att nå grupper som är särskilt utsatta för hälsorisker.

Här bör även nämnas bildandet av Familjemedicinska institutet (prop. 2001/02:38) som skall utgöra ett nationellt stöd för att genom kunskapsutveckling och kunskapsspridning utveckla primärvården. Även folkhälsoaspekterna skall beaktas i institutets verksamhet.

Hälso- och sjukvårdens ansvar i folkhälsoarbetet

Det är regeringens bedömning att hälso- och sjukvårdens ansvar för en god hälsa innebär ett ansvar såväl på individ- och gruppnivå som på befolkningsnivå.

I patientarbetet skall hälso- och sjukvården bidra till mindre sjukdom, mindre handikapp och mindre smärta men också till ett ökat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Särskilt gäller detta insatserna för den kroniskt sjuke, där den huvudsakliga insatsen är att underlätta för patienten att leva med sin sjukdom och att förhindra ytterligare ohälsa. Hälso- och sjukvården bör även initiera och stödja hälsofrämjande och

sjukdomsförebyggande insatser på individ- och gruppnivå och utveckla metoder så att preventiva insatser naturligt integreras i vårdkedjan. Därutöver bör stöd ges till individer eller grupper med ökad sårbarhet för sjukdom och hälsa, dvs. de som lever med riskfaktorer för sjukdom eller med bristande psykosociala resurser. Det är i de vardagliga mötena som hälso- och sjukvården genom sin breda kontaktyta har sin största potential ur folkhälsosynpunkt.

I Sverige finns en lång tradition av förebyggande arbete inom mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar, skol- och företagshälsovård. De preventiva insatserna har kommit att bli en viktig del av välfärdsstatens arbete för att skydda sårbara grupper, främst under uppväxten och i arbetslivet. Vissa hälsoundersökningar, som riktas till väl definierade målgrupper, har även visat sig vara framgångsrika. Med anledning av de goda erfarenheterna är det därför angeläget att dessa verksamheter särskilt bevakas så att utvecklingen av deras innehåll och omfattning följs upp.

En stor del av läkemedelsbehandlingen är i dag preventiv. Som exempel kan nämnas hypertoni, höga blodfetter och övervikt. År 2000 utgjorde landstingens kostnader för preventiv behandling med läkemedel en fjärdedel av de totala läkemedelskostnaderna. Det är av stor vikt att även andra effektiva preventiva åtgärder erbjuds inom hälso- och sjukvården.

Samarbete mellan landsting och kommuner och med andra aktörer, t ex frivilligorganisationer, är av stor vikt för ett framgångsrikt folkhälsoarbete. I Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 konstaterar Socialstyrelsen att de nya arbetsformer som har sin grund i hälso- och sjukvårdspolitiska reformer och andra strukturella omvandlingar under 1990-talet har förändrat olika verksamheters möjligheter att arbeta förebyggande. Förutsättningarna att kunna samarbeta, såväl inom den egna organisationen som externt, har ändrats. Sett ur ett folkhälsoperspektiv är det viktigt att man i uppföljningar på nationell nivå även fokuserar på sådana effekter av strukturella förändringar.

På befolkningsnivå har hälso- och sjukvården ett ansvar för att stödja en jämlik hälsoutveckling. Hälso- och sjukvården får ofta en unik inblick i människors livsvillkor och dessas konsekvenser, t.ex. via akutmottagningarna och den öppna vården. Det är en angelägen uppgift för hälso- och sjukvården att rätt identifiera grundorsaken till symtom samt att utveckla kontaktvägarna med andra aktörer. Hälso- och sjukvården kan hjälpa till att identifiera effekterna av ojämlikheter och kommunicera dessa till omvärlden. Ett fungerande samarbete mellan sjukvårdens olika delar och kommunernas övriga ansvarsområden liksom med frivilligorganisationerna är här av största vikt.

Slutligen har hälso- och sjukvården ett ansvar för att utforma strategier för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, strategier som kan bidra till en generellt sett mer effektiv hälso- och sjukvård. Som ett stöd för utformningen av strategier för hälsofrämjande arbete kan gemensamma nationella kriterier eller program för verksamheten fungera.

Ett sätt att arbeta mer hälsoorienterat och med ett helhetsperspektiv på hälsa är att utforma s.k. hälsobokslut som syftar till att följa upp hur resurser och insatser inom hälso- och sjukvården bidrar till hälsoutvecklingen. Ytterligare ett sätt är att skapa en hälsobudget som utgår

från människors hälsa. Hälsobudgeten kan ge en samlad utgångspunkt för landstingets/regionens uppdrag genom att betrakta hälsa och sjukdom i ett sammanhang och att i ökad utsträckning fokusera på hälsa och hälsorelaterad livskvalitet snarare än sjukdom och nedsatt organfunktion som mål för verksamheten. Dessutom kan hälso- och sjukvården som arbetsgivare främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen.

Folkhälsoenheter och samhällsmedicinska verksamheter inom landstingen har en viktig strategisk position både internt inom hälso- och sjukvården och externt i relation till kommuner, organisationer och andra regionala aktörer. De har en viktig roll i det förebyggande arbetet genom att fortlöpande systematisera och föra ut kunskaper om hälsoläget och om vad som orsakar sjukdomar, skador och dödlighet. De står även för löpande registrering och epidemiologisk bevakning m.m. Dessa funktioner kan aktivt stödja hälso- och sjukvården i det förebyggande arbetet och hjälpa till att utforma olika insatser och metoder för att stimulera till hälsofrämjande levnadsvanor bland patienter och den befolkning som hälso- och sjukvården har ett ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. De kan även fungera som en viktig kunskapsförmedlande länk mellan Statens folkhälsoinstitut och den lokala och regionala nivån i folkhälsoarbetet.

Socialstyrelsen har mot bakgrund av sitt sektorsansvar för hälso- och sjukvården även uppgiften att stödja utvecklingen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet, dels genom att bidra till kunskapsutveckling, dels genom normering, uppföljning och tillsyn.

För att hälso- och sjukvården skall kunna utveckla ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete krävs att vårdpersonalen får information och utbildning om relevanta förebyggande insatser. På vissa håll i landet tillhandahåller samhällsmedicinska funktioner och folkhälsoenheter sådan utbildning och kompetensutveckling av personal inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser att detta arbete är viktigt och bör uppmärksammas mer av sjukvårdshuvudmännen och spridas till de delar av landet där det i dag inte förekommer. Inom vissa landsting bedriver även de samhällsmedicinska funktionerna viktig utbildningsverksamhet som riktar sig till personal inom mödra-, barn-, skolhälso- och elevvård samt barnomsorgen och ungdomsmottagningarna.

Det är av stor vikt att hälso- och sjukvården utvecklar multiprofessionella team som kan ta hand om framtidens vårdbehov. Därför bör förmågan att ge vård av hög kvalitet och kompetensen att arbeta förebyggande och hälsofrämjande ingå i utbildningen av all hälso- och sjukvårdspersonal. Utbildningen för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården bör bygga på WHO:s Hälsa 21-strategis hälsofrämjande principer. En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård ställer krav på en bredare vidareutbildning för hälsoorientering av den svenska hälso- och sjukvårdens personal, vilket ger förutsättningar för ett nytt förhållningssätt i praktiken.

Regeringens förslag: Samhällets skydd mot smittsamma sjukdomar måste bibehålla en hög nivå för att inte de framsteg som gjorts i fråga om att minska förekomsten av smittsamma sjukdomar skall gå förlorade. Insatser för att förebygga smittspridning är en del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Gott skydd mot smittspridning skall därför utgöra ett särskilt målområde.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Kommittén behandlade frågor som rör smittskydd som en fråga under målet om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård och i målet om en trygg och säker sexualitet.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna har givit ett allmänt instämmande i kommitténs behandling av smittskyddsfrågorna.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Spektrat av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mera ordinära sjukdomar. I ett internationellt perspektiv är situationen i Sverige gynnsam när det gäller arbete mot spridning av smittsamma sjukdomar. Den inhemska spridningen av mera allvarliga smittsamma sjukdomar är begränsad. För ett flertal smittsamma sjukdomar, däribland de sexuellt överförbara sjukdomarna, har antalet nysmittade personer under den senaste 10–15-årsperioden minskat markant eller legat på en konstant nivå. Dock har det senaste åren märkts en viss ökning av främst klamydia och gonorré. Samtidigt kan konstateras att smittsamma sjukdomar fortfarande tillhör de vanligast förekommande sjukdomarna och utgör ett väsentligt problem både för samhället och för den enskilde individen. Vidare är risken för spridning av smittsamma sjukdomar från andra länder större än tidigare på grund av det utökade utbytet med omvärlden. Det är också nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige, exempelvis på grund av att smittämnen blir resistent mot läkemedel.

De effektivaste åtgärderna mot smittspridning är vanligen preventiva insatser såsom vaccination, information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde kan vidta samt medicinsk behandling för redan smittade personer. Smittskyddsläkarna har en central roll i det förebyggande arbetet och utför till stora delar det övergripande förebyggande arbetet inom landstinget. Tillgången till vaccin har haft stor betydelse för att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Intresseorganisationer och brukarorganisationer är också viktiga i framför allt det hivpreventiva arbetet.

Människors allt mer omfattande resande, den ökade internationella rörligheten och handeln med livsmedel medför att smittsamma sjukdomar som blossar upp i en del av världen i dag har mycket större sprid-

ningspotential än tidigare. Ett fördjupat internationellt samarbete inom smittskyddsområdet är av stor vikt för att dessa utmaningar skall kunna hanteras. Regeringen avser att verka för att smittskyddsfrågor skall ges hög prioritet såväl i det samarbete som sker i EU och i närområdet som i det samarbete som bl.a. i WHO:s och FN:s regi sker på global basis.

Samhällets smittskydd

Tyngdpunkten i smittskyddsarbetet ligger på det frivilliga förebyggande arbetet och möjligheterna till tvångsåtgärder mot den enskilde spelar i praktiken inte någon framträdande roll. Syftet med smittskyddslagstiftningen är dock att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar, inte att ge den enskilde vård. Smittskyddslagstiftningen ger dock ett skydd även åt den som är smittad. I de fall då ingrepp i den enskildes frihet eller integritet anses befogade måste ingreppet anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter.

Landstinget har enligt smittskyddslagen (1988:1472) ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstinget. Undantag gäller för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka kommunerna och vissa nationella myndigheter har ansvaret. Smittskyddsläkaren har det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han verkar och skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. De konkreta smittskyddsåtgärderna vidtas av behandlande läkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

I nuvarande smittskyddslag saknas mål för samhällets insatser mot smittspridning. En översyn av skyddet mot smittspridning har genomförts av Smittskyddskommittén (dir. 1996:68). I kommitténs slutbetänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51) lämnas förslag till en ny smittskyddslag. I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet avser regeringen att utarbeta en proposition med förslag till ny smittskyddslag. Regeringen kommer i detta sammanhang att ta ställning till vilket mål som bör gälla för samhällets smittskydd samt hur ansvaret för den nationella uppföljningen av insatser för att förhindra smittspridning bör utformas.

Vaccinationsverksamheten

Vaccinationsverksamheten är ett exempel på preventiva åtgärder som haft stor betydelse för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Tillgången till vaccin har haft stor betydelse för att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. De allmänna vaccinationsprogrammen i Sverige har bl.a. medfört drastiska minskningar av förekomsten av allvarliga sjukdomar som t.ex. difteri och polio. Vidare har spridningen av de tidigare allmänt förekommande barnsjukdomarna mässling, påssjuka och röda hund starkt begränsats.

Förebyggande insatser mot sexuellt överförbara sjukdomar har en lång tradition i Sverige. De primärpreventiva åtgärderna består främst av information och de sekundärpreventiva bl.a. av kontaktspårning och behandling av smittade. När förekomsten av hivinfektion blev känd i landet vidtogs snabbt en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. En särskild delegation, Aids-delegationen, inrättades med uppgift att bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, att följa och initiera angelägen forskning samt att bedöma och påtala behov av omedelbara åtgärder. Aids-delegationen avslutade sitt arbete år 1992 och arbetsuppgifterna överfördes till det nybildade Folkhälsoinstitutet.

Information, rådgivning och provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar sker på många öppenvårdsmottagningar. Landstingen har dessutom särskilda enheter för behandling av sexuellt överförbara sjukdomar. Ett av syftena med rådgivningen vid behandlingsbara sexuellt överförbara sjukdomar är att patienterna skall förstå hur de skall skydda sig i framtiden så att de inte återinsjuknar. Förebyggande åtgärder när det gäller hivinfektion sker även på infektionsklinikerna, där en stor del av hivtesterna utförs. Vid vissa infektionskliniker finns mottagningar med särskild inriktning på hiv/aids. Det finns även andra särskilda mottagningar som arbetar med prevention av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar. I kommuner ges information om sexuellt överförbara sjukdomar vid bl.a. sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna och vid ungdomsmottagningarna. Informationsinsatser för att hindra spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar görs bl.a. av Statens folkhälsoinstitut (FHI), landsting och kommuner samt av olika organisationer. Kunskaperna om hivinfektion har på grund av bl.a. intensiv forskning förbättrats betydligt de senaste tio åren. Sedan år 1995 tillämpas i Sverige regelmässigt en behandling där olika hivläkemedel kombineras.

Antalet anmälda fall av hivinfektion har hållit sig på en relativt konstant nivå sedan flera år, knappt 250 fall årligen. Under år 2001 rapporterades enligt Smittskyddsinstitutets preliminära siffror 277 nya fall av hiv, vilket är en ökning med 14 procent i förhållande till förra året. Det finns dock ingen entydig förklaring som ligger bakom ökningen. Tvärtom kan man se en ökning när det gäller alla smittvägar och i de flesta regioner i landet. Inga tecken syns heller till en spridning mot yngre åldrar. Förekomsten av klamydia, som är den vanligaste förekommande sexuellt överförbara sjukdomen, har ökat under senare år. Särskilt allvarlig är uppgången i de yngsta åldersgrupperna. Även gonorré och syfilis har visat tendens att öka men siffrorna är låga. Andra vanliga sexuellt överförbara sjukdomar i befolkningen är genital herpes och kondylom. Man beräknar att ungefär en tredjedel i den yngre åldersgruppen är bärare av kondylom. Vissa sexuellt överförbara sjukdomar kan om de inte behandlas leda till allvarliga komplikationer som infertilitet, utomkvedshavandeskap och livmodershalscancer.

I juni 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. Vid denna session ställde sig ledare från alla världens länder bakom en deklaration om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. Deklarationen i FN handlar inte enbart om utvecklingsländerna utan även i Sverige finns det skäl

att se till att det finns en fungerande nationell politik. Det finns också anledning att arbeta för att minska tabun och öka kunskapen om hiv/aids för en förändring av synen på sjukdomen så att den blir mer realistisk och tolerant, varvid utrymme skapas för öppenhet kring sjukdomen. Detta tillsammans med det faktum att en allt större grupp av människor lever med hiv/aids i Sverige, de oroande tecken som finns i fråga om spridningen av hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar och de problem som uppmärksammas i fråga om biverkningar och resistensutveckling till följd av läkemedelsbehandling medför att redskapen för att bekämpa hiv/aids bör ses över. Regeringen har därför beslutat att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till en nationell handlingsplan mot hiv/aids.

Resistens mot antibiotika och andra läkemedel

Bakterier som har utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om tecken pekar på en oroande utveckling också i Sverige uppfattas den inhemska situationen som bättre än i många länder. Några totalresistenta bakterier har inte upptäckts i Sverige, varför någon typ av antibiotikabehandling finns för praktiskt taget alla bakterier som orsakar infektioner. Socialstyrelsens förslag till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens som för närvarande är under beredning i regeringskansliet är ett viktigt led i det fortsatta arbetet. Regeringen avser att med utgångspunkt i förslaget till nationell handlingsplan återkomma med förslag till att motverka uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistens.

För att skärpa övervakningen av förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier och av användandet av antibiotika har det skapats särskilda organ inom de medicinska professionerna för bevakning och utvecklande av åtgärdsprogram, bl.a. Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). I samarbete med dessa organisationer har Smittskyddsinstitutet numera en relativt god kännedom om läget när det gäller antibiotikaresistens vid luft- och urinvägsinfektioner som behandlas inom öppenvården samt om antibiotikaförbrukningen i landet.

Beslutade mål inom målområdet

Målområdet smittskydd berörs av mål och insatser inom en mängd andra politikområden. Informationsspridning och andra åtgärder för att förebygga smittspridning är viktiga inslag i bland annat *ungdomspolitik*, *integrationspolitik* och *hälso- och sjukvårdspolitik*. Målen för ungdomspolitiken är att ungdomar skall ha goda möjligheter att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till delaktighet och inflytande och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas till vara som en resurs. Inom *integrationspolitiken* är målen lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i

och medansvariga för. Målet för *hälso- och sjukvårdspolitiken* är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. *Folkhälsopolitikens* mål är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.

Åtgärder för att identifiera och undanröja smittspridning från djur, livsmedel och objekt ingår t.ex. i *djurpolitik*, *livsmedelspolitik* samt *miljöpolitik*. Målet för livsmedelspolitiken är en ekologisk, ekonomisk och socialt hållbar livsmedelsproduktion. Djurpolitiken har som mål ett gott djurskydd och ett gott djurhälsotillstånd bland djur i människors tjänst och att viltstammarna förvaltas på ett sådant sätt att skador på människor och egendom inte uppstår. Inom miljöpolitiken är målet att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen är lösta.

5.8 Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

Regeringens förslag: Möjligheten till trygg och säker sexualitet är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande och samhället måste värna om de framsteg som gjorts inom områden som sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödrhälsovård. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa skall därför utgöra ett målområde.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna har givit ett allmänt instämmande i målet Trygg och säker sexualitet och flera betonar den psykiska och social dimensionen av sexualitet och reproduktiv hälsa. Sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter lyfts fram som en viktig del av den sexuella och reproduktiva hälsan liksom betydelsen av sexualiteten som främjande av människors hälsa och välmående.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Sverige har en lång tradition när det gäller upplysningsarbete kring frågor relaterade till sexualitet och samlevnad. Att främja en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa i befolkningen har utgjort en hörnsten i det folkhälsopolitiska arbetet. Prevention av oönskade graviditeter och av sexuellt överförbara sjukdomar måste bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar. Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar främst om att stärka individens egen identitet och självkänsla och öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Det preventiva arbetet bör ta fasta på det friska och det positiva utan att för den skull negligera hälsoriskerna.

En trygg sexualitet, fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld, är hälsosam. Synen på sexualiteten i samhället som helhet är därför viktig. Den bestämmer t.ex. om människor som är homo- eller bisexuella utsätts för fördomar och diskriminering – och med ohälsa som följd. Den är också väsentlig för kvinnors hälsa. En förnedrande syn på kvinnors sexualitet leder till sexuellt tvång och våld och därmed ohälsa.

Den svenska abortpolitiken har till uppgift, dels att förebygga oönskade graviditeter och därigenom verka för en minskning av antalet aborter, dels att säkra varje abortsökande kvinnas rätt till en medicinskt säker abort och ett psykosocialt gott omhändertagande. Utvärderingar visar att gällande abortlagstiftning har fungerat väl och haft betydelse för kvinnors hälsa.

De flesta aborter genomförs bland kvinnor mellan 20 och 30 år. Abortfrekvensen är högst bland dem som bor i socioekonomiskt svaga områden och det finns även stora regionala skillnader. Utlandsfödda kvinnor är överrepresenterade i abortstatistiken. Ett förslag till handlingsplan i syfte att förebygga oönskade graviditeter bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Sverige har tack vare en utbyggd sex- och samlevnadsundervisning i skolan och specialiserade ungdomsmottagningar en förhållandevis låg frekvens av tonårsgraviditeter. Det finns dock grupper av ungdomar som har ett sexuellt riskbeteende och ökningen av aborter och av sexuellt överförda sjukdomar i ungdomsgruppen kan vara en varningssignal om att de har blivit fler. Flera undersökningar visar att ungdomar som tar risker i sexlivet ofta utsätter sig för hälsorisker också på andra områden. De är oftare rökare och konsumerar mer alkohol och andra droger än övriga.

Barn och ungdomar har rätt till en saklig sexualkunskap. En bra sex- och samlevnadsundervisning kan spela en nyckelroll för ungas utveckling och är särskilt viktig för dem vars hälsa riskerar att utvecklas ogynnsamt. De viktigaste kanalerna är sex- och samlevnadsundervisningen i grund- och gymnasieskolan och rådgivning/individuella samtal om sexuellt relaterade frågor på ungdomsmottagningarna. För att svara mot flickors och pojkars olika behov och förutsättningar måste sex- och samlevnadsundervisningen innehålla ett köns- och genusperspektiv så att flickors och pojkars respektive situation inom området sexualitet och prevention synliggörs. Vidare skall undervisningen förmedla en öppen syn på människors sexuella läggning och kunna bemöta hetero-, homo-, bi- och transsexuella ungdomars frågor och funderingar. Allas sexualitet skall speglas i undervisningen. Undervisningen skall också ta hänsyn till barns och ungdomars skilda förutsättningar och villkor utifrån, etnisk, kulturell och religiös tillhörighet och/eller eventuella funktionsnedsättning.

Rådgivning om preventivmedel och om hur man förebygger sexuellt överförda sjukdomar bör vara lättillgänglig och rikta sig till både kvinnor och män och pojkar och flickor. För att kunna möta behovet av individuell rådgivning och information krävs en god skolhälsovård/elevvård och väl fungerande ungdomsmottagningar. Detta räcker emellertid inte för att tillgodose behovet hos gruppen unga vuxna där såväl förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar som av oönskade graviditeter är som störst. Vidare behöver pojkars situation uppmärksammas mera bland

annat via ungdomsmottagningarna och det finns ett behov av ökad kunskap om samband mellan risktagande levnadsvanor och att ha medverkat till en oönskad graviditet. Män och kvinnor med invandrarbakgrund är en förhållandevis osynlig målgrupp inom området sexualitet och prevention. Det saknas t.ex. kunskap om vilka åtgärder som är effektiva för att förebygga oönskade graviditeter. Det är särskilt viktigt att uppmärksamma behovet av sex- och samlevnadsundervisning.

Ofrivillig barnlöshet drabbar i dag ungefär femton procent av alla par. Infertilitet är ett dolt problem. Med dagens nya metoder kan ändå majoriteten av de ofrivilligt barnlösa efter olika behandlingar få sitt barn. Dock är tillgången till vård olika mellan landstingen. Ofrivillig barnlöshet är nästan alltid psykiskt påfrestande och påverkar ofta parets hela livssituation negativt.

Missfall är en annan dold problematik. Mellan 10–20 procent av konstaterade graviditeter slutar i missfall. Kunskaperna om varför missfall sker är i dag otillräckliga och de flesta kvinnor får aldrig svar på frågan om orsaken till missfallet. Många kvinnor upplever att den hjälp och det stöd som vården erbjuder är alltför bristfällig.

Tidigare beslut

För att betona vikten av undervisningen i sex och samlevnad och värdefrågor i samband med denna, har regeringen gjort särskilda insatser. Bland annat har inledningen till kursplanen i de samhällsorienterade ämnena för grundskolan reviderats. Sexuella trakasserier och sexuell språkbruk är ett problem på många skolor. Det saknas studier som visar om sexuella trakasserier blivit vanligare men många ungdomar, framför allt flickor, uppger att de blivit utsatta. Statens folkhälsoinstitut bedriver inom hiv/aidsområdet ett hälsofrämjande arbete när det gäller sex och samlevnad. Skolverket har också nyligen redovisat ett uppdrag att kartlägga förekomsten av rasism, sexuella trakasserier, homofobi och könsrelaterad mobbning i skolorna.

Beslutade mål inom målområdet

Flera politikområden spelar en viktig roll för att skapa en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa i befolkningen. För att utveckla effektiva redskap för målområdet behöver delmål framför allt utvecklas inom *ungdomspolitiken, utbildningspolitiken, folkhälsopolitiken hälso- och sjukvårdspolitiken, integrationspolitiken, jämställdhetspolitiken, handikappolitiken, äldrepolitiken och kriminalpolitiken*. De övergripande målen för dessa politikområden stämmer väl överens med folkhälsopolitikens syften och behov.

Regeringens förslag: Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. Ökad fysisk aktivitet skall därför utgöra ett särskilt målområde. Målet för de samlade insatserna inom detta område skall vara att samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos hela befolkningen. Detta skall främst ske genom insatser som stimulerar till

- mer fysisk aktivitet i förskola, skola och i anslutning till arbetet,
- mer fysisk aktivitet under fritiden,
- att äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Ökad fysisk aktivitet utgör ett av Kommitténs 18 mål. Kommitténs förslag ligger i linje med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna stödjer målet. *Skolverket* anser att det inte enbart handlar om ämnet Idrott och hälsa utan kanske framför allt om i vilken utsträckning barnomsorg och skola stimulerar till fysisk aktivitet över huvud taget.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Regeringen ställer sig bakom Folkhälsokommitténs mål om ökad fysisk aktivitet. Inaktivitet är en viktig bidragande orsak till ohälsa. Forskningen visar på ett övertygande sätt motionens förebyggande effekt på övervikt och metabola sjukdomar t.ex. höga blodsockervärden, höga halter av blodfett och högt blodtryck. Fysisk aktivitet skulle kunna ersätta eller komplettera läkemedelsbehandlingen i en del fall av lättare psykiska besvär, lättare sömnsvårigheter och viss viktreducering. Även vid måttliga former av ryggbesvär, ledbesvär och lättare blodtrycksstegringar är motion ofta ett bra alternativ, som inte ger biverkningar. Bristande fysisk aktivitet leder ofta till övervikt vilket i sig kan leda till ytterligare sjukdom och skador. Särskilt oroande är att fetma och övervikt ökar och i allt större utsträckning drabbar barn och ungdomar. Både arbetsliv och fritid för vuxna och fritid för barn präglas i dag av att vi blir allt mer stillasittande.

Den fysiska aktiviteten har allt mer blivit en fråga om social tillhörighet. Fysisk aktivitet – precis som många andra levnadsvanor – följer tydliga sociala mönster och är kopplad till livsstilen och levnadsvillkoren i stort. De med längst utbildning motionerar mest och de med kortast utbildning minst. De som är fysiskt aktiva äter också mer hälsosamt och röker i mindre utsträckning än andra. För att utjämna skillnader i hälsa är det viktigt att öka den fysiska aktiviteten både under arbete och under fritid, särskilt för människor i yrken med hög eller ensidig belastning och/eller mycket stillasittande. Det finns också tydliga könsskillnader inom idrotten. En rad erfarenheter visar att flickor inte har samma möjligheter som pojkar att delta i organiserad idrottsverksamhet utifrån sina olika intressen. Utan tvekan har idrottsrörelsen under senare år gjort

åtskilliga framsteg när det gäller strävan efter jämställdhet, inte minst tack vare ett eget offensivt program, men alltså är det en viktig trovärdighetsfråga att idrottsrörelsen lyckas ta ytterligare ett antal steg mot jämställdhet, såväl i styrelserummen som i den praktiska vardagsverksamheten. Särskilt viktiga målgrupper där idrottsrörelsen i större utsträckning kan bidra till ökad fysisk aktivitet är invandrare, långtids-sjukskrivna och funktionshindrade. Individerna har ett eget ansvar för att röra sig tillräckligt mycket för att må bra. Samtidigt är det enligt regeringens bedömning viktigt att klargöra att samhället har ansvar för att ge goda förutsättningar för fysisk aktivitet.

Friluftsliv är en av de vanligaste formerna för fysisk aktivitet i Sverige. Det handlar om att ströva i skog och mark men även promenader i allmänhet, cykling, orientering, fritidsfiske, paddling, skid- och skridskoåkning och olika former av vistelse i fjällen. Forskning visar att närmiljön har en avgörande betydelse för om man är fysiskt aktiv, vistas ute och bedriver friluftsliv.

Mot den här bakgrunden är det angeläget att inom politikområdet folkhälsa även fastställa ett mål för samhällets insatser när det gäller fysisk aktivitet. Målet för de samlade insatserna inom detta område skall enligt regeringens bedömning vara att samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för hela befolkningen. Detta skall främst ske genom insatser som stimulerar till mer fysisk aktivitet i förskolan, skolan och i anslutning till arbetet, mer fysisk aktivitet under fritiden samt att äldre, långtids-sjukskrivna och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor. Skolan har en central roll i arbetet med att stimulera till ökad fysisk aktivitet bland barn och unga.

Beslutade mål inom målområdet

Målområdet ökad fysisk aktivitet berörs förutom av målet inom politikområdet *folkhälsa* även av mål och insatser inom andra politikområden. Inom politikområdet *folkrörelsepolitik* ingår stödet till friluftsförbund och *idrottspolitik*. Målet för idrottspolitiken är att ge alla människor möjligheter att motionera och idrotta för att främja en god folkhälsa, att stödja en fri och självständig idrottsrörelse för alla samt att ge människor positiva upplevelser av idrott som underhållning. Idrottsrörelsen har egna mål för sin verksamhet. Staten anger endast de syften som staten har med sin bidragsgivning och inriktningen för idrottspolitiken. Statsbidraget skall stödja verksamhet som bland annat bidrar till att utveckla barns och ungdomars intresse och benägenhet för motion och idrott samt göra det möjligt för alla människor att utöva idrott och motion. Statens bidrag skall också bidra till att väcka ett livslångt intresse för motion och därmed främja en god hälsa hos alla människor.

Den nationella idrottspolitiken bygger på tre grundstenar:

- För att främja en god folkhälsa ska samhället och skolorna uppmuntra och ge möjligheter för barn, ungdomar och vuxna att motionera och bedriva idrott.
- En fri och självständig idrottsrörelse ska aktivt stödjas. Den ska bygga på ideellt engagemang och bedriva en bred verksamhet som

värnar om god etik, lika förutsättningar för flickor och pojkar, kvinnor och män, arbeta aktivt för integration samt värna om demokratisk fostran.

- Elitidrotten, som till viss del består av kommersiell underhållning, är också värdefull genom att den erbjuder förströelse och glädje.

Regeringen vill understryka vikten av att jämställdhets- och jämlikhetssträvanden genomsyrar all idrottsverksamhet. På det följer att exempelvis kvinnor och män med funktionshinder ska ges goda möjligheter att delta i all idrottsverksamhet. Regeringen vill särskilt understryka att idrotten inte får bli en klassfråga. Regeringen vill även betona idrottsrörelsens unika möjligheter att nå ut till människor med utländsk bakgrund och därmed få dem delaktiga i en social samvaro. Idrotten kan tjäna som plattform och mötesplats för människor med olika kulturell och etnisk bakgrund.

För att varaktigt förändra flickor och pojkars samt kvinnors och mäns rörelsevanor krävs ofta förändringar i vardagsmiljön, t.ex. på arbetet och i skolan genom att barn stimuleras till fysisk aktivitet, att skolvägar och skolgårdar uppmuntrar till spontan fysisk aktivitet, att arbetstagare erbjuds eller har möjlighet till fysisk aktivitet i anslutning till arbetet, att vägtransportssystemen utformas så att gående och cykling främjas m.m.

Skolan är den arena där alla barn och ungdomar kommer i kontakt med motion och idrott. Skolan har därför en central betydelse för att skapa ett livslångt intresse hos unga människor för motion, idrott och naturupplevelser. Politikområdet *utbildningspolitik* berör fysisk aktivitet främst genom ämnet idrott och hälsa. Inom ämnet idrott och hälsa är målet att skapa och utveckla nya arbetsformer och stödjande miljöer som främjar fysisk aktivitet i det långsiktiga lärandet utifrån barns och ungdomars villkor. Det är av stor vikt att skolans insatser för att främja fysisk aktivitet och idrott bottenar i både flickors och pojkars behov och förutsättningar. Särskild uppmärksamhet bör ägnas de barn och ungdomar, t.ex. flickor och pojkar med invandrarbakgrund, som har begränsade möjligheter till kontakt med natur och miljö.

Inom politikområdet *miljöpolitik* är målet att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen är lösta. Att bevara goda förutsättningar för friluftsliv utgör en hörnsten inom *naturvårdspolitiken*. I riksdagsskrivelsen En samlad naturvårdspolitik (skr. 2001/02:173) framhålls bl.a. följande. Att upprätthålla goda förutsättningar för friluftsliv är ett relativt billigt sätt för samhället att investera i en god folkhälsa. Det finns samhällsekonomiska vinster i att bereda möjlighet för i princip alla som så önskar att utöva friluftsliv. Detta ligger i linje med viljan att prioritera förebyggande hälsovård. Flera av de miljö kvalitetsmål och delmål som har fastställts av riksdagen (prop. 2000/01:130, bet. 2001/02: MJU03, rskr. 2001/02:36) berör friluftslivet och dess förutsättningar.

Det är viktigt med fysisk aktivitet både under arbete och under fritid. Möjligheten att öka andelen arbetsresor och andra förflyttningar mellan bostad och skola/arbete med gång och cykel bör tas tillvara – inte minst när det gäller korta resor. Därvidlag är det viktigt att säkerställa att säkerheten för oskyddade trafikanter samtidigt förbättras exempelvis genom ökad användning av cykelhjälm. *Transportpolitiken* har därför betydelse för det här målområdet. Även kommunernas stadsplanering

påverkar möjligheterna till att snabbt och enkelt nå rekreationsområden och motionsanläggningar samt möjligheten att utöva fysisk aktivitet i vardagen. *Bostadspolitiken* liksom *Storstadspolitiken* spelar därför också en viktig roll när det gäller att utforma samhället så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för hela befolkningen.

Inom *äldrepolitiken* är målet att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg. Inom *handikappolitiken* är målet att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Äldre och funktionshindrade samt långtidssjukskrivna kvinnor och män bör aktivt erbjudas möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor. Intressanta försök görs i dag med fysisk aktivitet på recept för att genom fysisk aktivitet förebygga och behandla flera sjukdomstillstånd.

5.10 Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel

Regeringens förslag: Goda matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen. Goda matvanor och säkra livsmedel skall därför utgöra ett särskilt målområde.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Kommitténs förslag överensstämmer i allt väsentligt med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Instämmer i huvudsak med kommitténs förslag. Skolans betydelse för goda matvanor betonas av flera instanser.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Maten och våra matvanor påverkar vår hälsa, men fungerar också som kulturbärare, mötesplats och en källa till njutning. En riktigt sammansatt kost har stor betydelse för hälsan, både genom att främja och bevara god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. Matvanorna skiljer sig åt mellan människor med olika kulturell och social bakgrund, mellan könen, mellan ung och gammal och mellan människor i olika delar av Sverige. Till exempel är kunskap och medvetenhet om matens betydelse för hälsan lägre bland människor som har kortare utbildning jämfört med dem som har längre utbildningar. Kvinnor äter mer hälsosamt än män och är mer benägna att förändra sina matvanor. Samtidigt lider kvinnor i större utsträckning än män av ätstörningar såsom anorexi och bulimi. Att skapa förutsättningar för goda matvanor i befolkningen är något som kräver insatser från en mängd olika aktörer. Det handlar om att genom bl.a. prissättning, medveten marknadsföring, goda arbetslivsvillkor och hälsoinformation göra hälsosam mat tillgänglig för hela befolkningen.

De flesta konsumenter är idag medvetna om betydelsen för hälsan av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Konsumtionen av frukt och grönsaker i befolkningen

har ökat kraftigt, men fortfarande äter vi i genomsnitt för lite grönt, för lite fibrer och för mycket socker och fett, särskilt mättat fett, för att det långsiktigt skall vara bra för hälsan. Vi bör också äta mer spannmålsprodukter. Vidare är en god tandhälsa en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig kosten.

Den ökade förekomsten av övervikt och fetma i befolkningen kan i väsentlig grad förklaras av ändrade matvanor och fysisk inaktivitet. Fetma och övervikt är ett snabbt ökande hälsoproblem. I Sverige har antalet personer med fetma nästan fördubblats under de senaste 20 åren och omfattar nu omkring 500 000 människor eller 8 procent av den vuxna befolkningen och 4 procent av barn och ungdomar. Den ökade förekomsten av fetma gäller både kvinnor och män i alla åldersgrupper. Fetma, särskilt om den är lokaliserad till buken, medför en ökad risk för en lång rad allvarliga sjukdomar såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och ledsjukdomar samt vissa cancerformer.

Ätstörningar framstår alltmer som ett folkhälsoproblem som drabbar flickor. Världshälsoorganisationens (WHO) studie Skolbarns hälsa visar att drygt hälften av flickorna i årskurs nio i Sverige bantar eller tycker att de borde gå ner i vikt, jämfört med knappt var femte pojke. Förekomsten av anorexi bland 18-åringar uppskattas till en procent bland flickor jämfört med 0,1 procent bland pojkar. Ätstörningar hänger nära samman med ungdomars psykosociala hälsa, välbefinnande och självförtroende och bör ses i sammanhanget av det extrema smalhetsideal och den kropps- och skönhetsfixering som riktas mot kvinnor.

Amning och bröstmjolk är mycket positivt för barn ur hälsosynpunkt. Det har skett en kraftig uppgång av antalet kvinnor som ammar och den tid kvinnor ammar sedan 1970-talet. Alla landets förlossningskliniker är numera amningsvänliga. Trots detta finns fortfarande stora regionala skillnader i hur mycket och länge mödrarna ammar. Unga, korttidsutbildade kvinnor ammar minst.

Överkänslighet mot födoämnen förekommer oftare hos barn än hos vuxna. Bland barn upp till 6 års ålder och bland tonåringar och unga vuxna är omkring tio procent överkänsliga eller allergiska mot något födoämne. En säker och heltäckande livsmedelsmärkning är av största betydelse för människor med födoämnesallergi eller överkänslighet.

Skolan skall bl.a. genom ämnena Idrott och hälsa samt Hem- och konsumentkunskap grundlägga en långsiktigt hälsofrämjande livsstil.

Kvinnor och män med utvecklingsstörning och en del av dem som har psykiska funktionshinder kan ha behov av att få stöd till goda matvanor. Detta gäller även i vissa fall äldre kvinnor och män.

Mot bakgrund av att människors matvanor påverkas av så många olika faktorer och aktörer och mot bakgrund av att förbättrade matvanor i befolkningen är en förutsättning för en god hälsa anser regeringen att ett mål för samhällsinsatser när det gäller matvanor bör fastställas. Regeringen avser att återkomma med förslag på hur ett sådant mål bör lyda. Den nationella handlingsplanen för nutrition bör användas som grund för det fortsatta arbetet med goda matvanor.

De nationella mål som redan är antagna inom livsmedelspolitiken är enligt regeringen helt i linje med kommitténs förslag och folkhälspolitikens syften. Det framtida arbetet bör inriktas på att utveckla indikatorer som ger möjlighet till uppföljning.

Flera politikområden spelar en viktig roll för att skapa goda matvanor i befolkningen. Målen för barnpolitiken, ungdomspolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, folkhälsopolitiken utbildningspolitiken, konsumentpolitiken, miljöpolitiken och integrationspolitiken utgör viktiga redskap för att skapa goda matvanor.

Målet för regeringens livsmedelspolitik är en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar livsmedelsproduktion. Målet är viktigt även sett ur ett folkhälsoperspektiv då säkra livsmedel är en förutsättning för en god hälsa. Regeringen anser att det är viktigt att konsumenten sätts i centrum för detta arbete och verkar därför för att generellt förstärka konsumentperspektivet i den gemensamma livsmedelspolitiken. Utgångspunkten är att konsumenternas behov och efterfrågan i högre grad skall styra livsmedelsproduktionen. Konsumenterna måste kunna lita på att de livsmedel de konsumerar är säkra. En hörnsten i den svenska livsmedelspolitiken har därför sedan länge varit helhetssynen på livsmedelskedjan: från jord till bord. Utgångspunkten för livsmedelspolitiken bör vara konsumenten, som styr livsmedelsproduktionen genom sina krav på produktionsätt, livsmedelsegenskaper och innehåll. Ju mer välinformerad och kunnig konsumenten är desto större förutsättningar har han eller hon att göra medvetna val och därmed påverka livsmedelsproduktionen och livsmedelskvaliteten. Konsumentinformation och kunskapsuppbyggnad är därför grundläggande. Regeringen välkomnar det faktum att denna syn även verkar ha slagit igenom på EU-nivå. Detta exemplifieras bl.a. genom den allmänna livsmedelslag som gemenskapen antagit.

För att nå det övergripande folkhälsomålet bör arbetet med säkra livsmedel och matvanor integreras med varandra i större utsträckning än vad som sker i dag. Livsmedelsverket har enligt sin instruktion i uppgift att vidta åtgärder i syfte att öka medborgarnas, särskilt barns och ungdomars, kunskaper om god och säker mat så att de kan göra medvetna val samt öka deras kunskaper om sambanden mellan kost och hälsa. Det är samtidigt viktigt att aktörerna i branschen, som har det primära ansvaret, tar ett fortsatt stort ansvar i enlighet med nationell livsmedelslagstiftning och den nya lagstiftningen inom EU. Det ansvar som i dag åvilar Livsmedelsverket i enlighet med lagar, förordningar och instruktion m.m. och som omfattar bl.a. regelarbete, tillsyn och information rörande säkra livsmedel och kostfrågor i allmänhet kvarstår.

5.11 Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Regeringens förslag: Bruket av beroendeframkallande medel påverkar hälsan. Även spelberoende kan leda till ohälsa. Ett ökat fokus på dessa faktorerers samlade effekter och inbördes kopplingar krävs. Åtgärder mot skador på grund av tobak, alkohol och spel samt för ett samhälle fritt från narkotika och dopning är nödvändiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle

fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande skall därför utgöra ett särskilt målområde.

Riksdag och regering har tidigare beslutat om samhällets insatser och mål för alkohol- och narkotikapolitiken. Dessa mål skall ligga fast.

Målet för samhällets insatser inom tobaksområdet skall vara att minska tobaksbruket.

Målet för samhällets insatser mot spelberoende skall vara att minska skadeverkningar av överdrivet spelande. Målet när det gäller dopning skall vara ett samhälle fritt från dopning.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna instämmer i huvudsak med kommitténs förslag.

Skälen för regeringens förslag

Utgångspunkter

Att begränsa alkoholens negativa effekter, minska tobaksbruket samt verka för ett narkotikafritt samhälle har länge varit viktiga folkhälsofrågor och naturliga delar av välfärdspolitiken. Liksom folkhälsokommittén anser regeringen att det finns behov av en bättre samordning och ökat fokus på sambanden mellan bruk och missbruk av de olika beroendeframkallande medlen. Det finns dock även behov av en uppföljning, vid sidan av pågående uppföljningar, av de samlade effekterna av bruk och missbruk av tobak, alkohol, narkotika och dopningsmedel. Även spelberoendets roll bör behandlas i detta sammanhang. Inte sällan är det samma personer som utgör riskgrupper för missbruk av olika beroendeframkallande medel. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på det här området måste därför för att bli effektivt behandlas i ett sammanhang. Detta utesluter inte fördjupningar och att kunskaper och resurser profileras utifrån olika lokala behov eller typ av missbruk men helhetssynen och samordningen bör tydliggöras och uppmärksammas ytterligare i linje med den inriktning för folkhälsoarbetet som redovisas i denna proposition.

Beslutade mål inom målområdet

Inom politikområdet folkhälsa ligger bl.a. sådana bestämningsfaktorer för folkhälsan som tobak, alkohol, narkotika, dopning och spelberoende. Målet för politikområdet *folkhälsa* är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Det här målområdet berörs dock även av mål och insatser inom en mängd andra politikområden. Tobaks- och alkoholkonsumtionen samt narkotika- och dopningsmissbruk påverkas således av insatser inom följande politikområden.

För politikområdet *Skatt, tull och exekution* är målet att eftersträva skatt, tull- och avgiftsintäkter skall säkerställas på ett rättssäkert och ekonomiskt effektivt sätt samtidigt som enkelhet skall eftersträvas och brottslighet motverkas. Tull och skattemyndigheter utövar även om-

fattande kontroll av alkoholimporten. För politikområdet *Rättsväsendet* inklusive *kriminalpolitiken* är målet den enskildes rättstrygghet och rättssäkerhet, att minska brottsligheten och öka människors trygghet. Om alkohol- och tobaksskatterna förändras så påverkar detta alkohol- och tobakskonsumtionen liksom tullens insatser när det gäller att bekämpa smuggling av tobak, alkohol, narkotika och dopningspreparat. Domstols-, polis- och åklagarväsendenas, kriminalvårdens samt Brottsförebyggande rådets effektivitet när det gäller att bekämpa alkohol- och narkotikabrottslighet samt tobaks- och dopnings smuggling påverkar också användningen av dessa medel.

Politikområdet *Hälso- och sjukvårdspolitik* har som mål att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras, vilket naturligtvis har betydelse för möjligheten att motverka skador orsakade av konsumtion av alkohol, tobak, narkotika och dopningsmedel.

Barn- och ungdomspolitikens effektivitet när det gäller att tillgodose barn och ungdomars möjlighet att växa upp under goda och trygga förhållanden minskar risken för att dessa grupper kan komma att missbruka alkohol, narkotika eller tobak. Målen för barn- och ungdomspolitik om att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden, att ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och att deras engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas till vara som en resurs är naturligtvis viktiga mål i de här sammanhangen.

Även skolan har en viktig uppgift att ge eleverna kunskaper om riskerna med tobak, alkohol, narkotika och andra droger. Viktiga uppgifter för skolan på det här området är dessutom att tillhandahålla en bra psykosocial skolmiljö, stimulera bra fritidsverksamhet och ökad fysisk aktivitet. Målet för *utbildningspolitiken* om att Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa har därför också betydelse för det här målområdet.

Socialtjänstpolitikens förmåga att förbättra socialt utsatta personers situation påverkar också deras konsumtion och missbruk av tobak, alkohol och narkotika. Målen för politikområdet socialtjänst om att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn är självklart viktiga mål för det här målområdet.

Alkohol är också ett livsmedel varför även *livsmedelspolitiken* påverkar alkoholkonsumtionen. Målet för politikområdet Livsmedelspolitik är en ekologisk, ekonomisk och socialt hållbar livsmedelsproduktion.

Spelberoende påverkas främst av politikområdena *Finansiella system och tillsyn*, *Socialtjänst*, *Hälso- och sjukvårdspolitik* samt *Folkrörelsepolitik*. Målen inom dessa politikområden finns redovisade i *bilaga 3*.

Alkohol

Regeringen presenterade hösten 2000 en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (jfr prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144). Syftet med handlingsplanen är att för perioden 2001–2005 lägga fast grundvalarna för en alkoholpolitik som leder till minskad alkoholkonsumtion och begränsade alkoholskador. Den svenska alkohol-

politiken skall vara restriktiv och solidarisk och Sverige bör arbeta aktivt inom EU för att påverka politiken i den riktningen.

I handlingsplanen slås det fast att målet för samhällets alkoholpolitik även i fortsättningen skall vara att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Huvudinriktningen för alkoholpolitiken skall vara att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. Förstärkta åtgärder behövs i form av särskilda stödinsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende, vård- och behandlingsinsatser, opinionsbildning och information, begränsning av tillgången på och marknadsföringen av alkoholdrycker, kompetensutveckling, uppföljning av konsumtions- och skadeutvecklingen samt alkoholforskning. Förstärkta åtgärder behövs också för att utveckla samarbetet på europeisk och internationell nivå.

Särskilt prioriterade delmål bör vara att

- ingen alkohol skall förekomma i trafiken, på arbetsplatser eller under graviditet,
- åstadkomma en alkoholfri uppväxt,
- skjuta upp alkoholdebuten,
- minska berusningsdrickandet,
- åstadkomma fler alkoholfria miljöer, samt
- undanröja den illegala alkoholhanteringen.

Narkotika

I propositionen Nationell narkotikahandlingsplan (prop. 2001/02:91) redovisar regeringen sin syn på den samlade narkotikapolitiken samt lägger fast grundvalarna för hur en förstärkning av samhällets insatser under de tre kommande åren skall genomföras och följas upp. Narkotikapolitiska insatser skall riktas mot tillgången och efterfrågan på narkotika, i syfte att

- minska rekryteringen till missbruk,
- förmå fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk, samt
- minska tillgången till narkotika.

I handlingsplanen läggs fast att målet för den svenska narkotikapolitiken även i fortsättningen skall vara ett narkotikafritt samhälle. Huvudinriktningen för narkotikapolitiken skall vara målinriktade och samordnade insatser för att både begränsa utbudet och efterfrågan på narkotika. Förstärkta insatser behövs för att förstärka den politiska prioriteringen av narkotikafrågan, förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer, förbättra det förebyggande arbetet genom bl.a. metod- och kompetensutveckling samt forskning, utveckla behandlingsperspektivet inom kriminalvården, effektivisera insatserna på kontrollområdet, förbättra metoderna för att följa både narkotikautvecklingen och samhällets insatser samt för att öka det internationella samarbetet.

Målet för samhällets insatser inom tobaksområdet skall vara att minska tobaksbruket. Som etappmål bör gälla

- en tobaksfri livsstart från år 2014,
- en halvering till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa,
- en halvering till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest, och
- att ingen ofrivilligt skall utsättas för rök i sin omgivning.

Nationella folkhälsokommittén föreslår att Statens folkhälsoinstitut bör få ett särskilt regeringsuppdrag att bedriva information till allmänheten om tobakens skadeverkningar och samordna det nationella och lokala tobaksarbetet. Regeringens bedömning är dock att Statens folkhälsoinstitut i första hand skall ge strategiskt stöd till kunskaps- och metodutveckling i kommuner och landsting. Arbetet mot tobakskonsumtion måste för att vara effektivt vara integrerat med det övriga folkhälsoarbetet och utgå från ett generellt folkhälsoperspektiv. De stora skillnaderna i tobaksbruk i olika grupper av befolkningen visar att frågan om varför man börjar använda tobak och därefter uppehåller ett tobaksbruk, trots kännedom om rökningens hälsorisker, är komplex. Det handlar om en rad faktorer, varav fysiologiska, sociala och psykologiska är några. Ett generellt folkhälsoperspektiv när det gäller rökning kan bidra till att stärka det framgångsrika förebyggande och hälsofrämjande arbetet mot tobak.

Under 2002 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Vissa tobaksfrågor (prop. 2001/02:64) att restauranger och serveringsställen skall vara rökfria senast den 1 januari 2004. Om detta inte uppnåtts på frivillig väg är regeringen beredd att lagstifta i frågan.

Socialstyrelsen har i en konsensusrapport, SoS-rapport 97:11, visat att cancerteffekt inte kan påvisas av snusanvändning, motsatsen kunde dock inte heller påvisas. Socialstyrelsen underströk att det svenska snusets långsiktiga hälsoeffekter är ofullständigt utforskade. Ett flertal remissinstanser har framhållit att Socialstyrelsens slutsatser fortfarande äger relevans.

Regeringen konstaterar i detta sammanhang att i Statens folkhälsoinstituts roll ingår att stödja forskning och bidra till en ökad belysning av hälsoeffekterna av snusanvändning.

Dopning

I Sverige betraktas dopning som en folkhälsofråga som främst berör idrotten och vissa grupper av ungdomar och medelålders män som tränar utan direkt anknytning till den organiserade idrotten samt gruppen blandmissbrukare. Bruket av dopningsmedel är kriminaliserat. Förebyggande åtgärder bedrivs även utanför idrotten, ofta av olika myndigheter och organisationer i samverkan.

Enligt regeringens bedömning behövs ett mål för samhällets insatser mot dopning. Målet skall vara ett samhälle fritt från dopning och således ta sikte på all användning av dopningsmedel, såväl inom som utom idrotten.

Den 1 februari 2001 beslöt regeringen att det inom Regeringskansliet skulle tillsättas en arbetsgrupp med uppdrag att utarbeta en handlingsplan för att motverka dopning inom idrotten. Arbetsgruppen presenterade i december 2001 promemorian Handlingsplan mot dopning inom idrotten (Ds 2002:4). Handlingsplanen innehåller som förslag till övergripande mål att all idrottsverksamhet – såväl den verksamhet som organiseras av Riksidrottsförbundet (RF) som övrig verksamhet – skall vara dopningsfri. För att uppnå det övergripande målet föreslås bl.a. ett ökat antal dopningkontroller inom RF-idrotten, förstärkt utbildning och information, en ökad samverkan mellan olika samhällsinstanser, samt dopningsfritt på gym och andra träningsmiljöer för styrketräning. Förslaget till handlingsplan har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Spelberoende

För närvarande sker en snabb utveckling av spelmarknaden. Det utvecklas hela tiden nya spelformer, bl.a. via Internet. Samtidigt ökar totalomsättningen på spel samt marknadsföringen och annan exponering av olika spelformer i bland annat TV. Denna utveckling kan medföra ökade negativa sociala och hälsomässiga konsekvenser. Regeringen finner det angeläget att motverka en sådan utveckling. I dag kan vi se att män är överrepresenterade bland de spelberoende, inte minst män med utländsk bakgrund och yngre män.

Mot den här bakgrunden är det angeläget att fastställa mål för samhällets insatser mot spelberoende. Målet avseende spelberoende skall enligt regeringen vara att minska skadeverkningar av överdrivet spelande.

Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag av regeringen att analysera och beskriva behovet av vård, behandling och annat stöd till spelberoende och deras anhöriga. Institutet skall också analysera olika faktorer som kan bidra till överdrivet spelande och utvecklandet av spelberoende, särskilt vilken betydelse spelbolagens marknadsföring av spel kan ha för risken att spelberoende utvecklas samt de s.k. värdeautomaternas roll i denna utveckling.

Med analysen som grund skall institutet ta fram ett förslag till handlingsprogram för att motverka spelberoende som skall innehålla åtgärder på nationell nivå samt ge exempel på åtgärder på regional och lokal nivå. Det är särskilt viktigt att få kunskap om metoder som är effektiva för att begränsa skadeverkningarna till följd av spel på värdeautomater. Det är också viktigt att få förslag på hur vården av spelberoende personer skall organiseras samt hur frivilligorganisationer inom spelberoendeområdet kan stödjas och stimuleras.

Handlingsprogrammet kan också innehålla förslag till hur marknadsföringen av spel kan begränsas, hur åtgärder för att möta en framtida spelmarknad i Sverige, särskilt med avseende på Internetspel, kan utformas. En särskild fråga i uppdraget är att belysa och analysera de risker som spelandet ger för barn och ungdomar.

Statens folkhälsoinstitut har även fått i uppdrag att pröva om det förebyggande arbetet skall ges en särskild utformning när det gäller barn och unga och om åldersgränser bör införas eller skärpas för vissa spelformer

samt ge förslag till hur kommuner, landsting och andra berörda vårdgivare skall kunna informeras om existerande vård- och behandlingsmöjligheter. Institutet skall även utreda olika möjligheter till långsiktig finansiering av förebyggande insatser, vård, behandlings- och stödåtgärder samt ta del av internationella erfarenheter på området. Institutet skall redovisa uppdraget senast den 1 januari 2003.

6 Metoder och verktyg

6.1 Uppföljning och utvärdering

Regeringens bedömning: Inför den framtida uppföljningen och utvärderingen av det övergripande folkhälsomålet och de föreslagna målområdena krävs en samlad folkhälsorapportering som gör det möjligt att analysera och bedöma effekterna av insatserna inom de elva målområdena. Det är önskvärt att göra en uppföljning av vad folkhälsoarbetet inom de elva målområdena kostar. Uppföljning och utvärdering bör också ske ur ett klass- och könsperspektiv samt etniskt perspektiv. För att klara detta finns det ett behov av tydliga definitioner, ny kunskap och fortsatt forskning och utveckling av nya mått, både indikatorer och sammanfattande mått som index, som beskriver den nya inriktningen av folkhälsopolitiken mot bestämningsfaktorer för hälsan. Dessutom finns i takt med utvecklingen av nya folkhälsomått ett behov av översyn och utveckling av den befintliga statistiken på området.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i kommitténs förslag.

Skälen för regeringens bedömning: För att mäta och följa utvecklingen inom olika områden används olika mått som indikatorer och index. Indikatorer kan med hjälp av tidsserier visa utvecklingen för en viss faktor eller ett visst förhållande av betydelse för det man vill veta medan index är ett sammanfattande mått av flera faktorer för att visa ett helhetsperspektiv.

Den nationella uppföljning som sker i dag på folkhälsoområdet är kopplad till hälsans utveckling. Det finns ingen samlad nationell uppföljning eller utvärdering av folkhälsoåtgärder och deras effekter på de faktorer som påverkar eller bestämmer hälsan. Det saknas därför samlad kunskap om hur olika insatser påverkar befolkningens hälsoutveckling. Ett uppföljnings- och utvärderingssystem knutet till bestämningsfaktorer som kompletterar hälsouppföljningen krävs för att de folkhälsorelaterade målen skall kunna följas upp. Det nationella uppföljningssystemet bör huvudsakligen baseras på ett begränsat antal indikatorer inom de målområden som redovisas i denna proposition. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har på uppdrag av regeringen redan påbörjat sitt arbete med att i samarbete med berörda myndigheter vidareutveckla förslag till sådana indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer (folkhälsomålsindikatorer) samt arbetet med en särskild folkhälsopolitisk rapport. På sikt kan även

ett index kopplat till måluppfyllelsen av det övergripande folkhälsomålet behöva utvecklas. Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att i samverkan med Statistiska centralbyrån och Statens folkhälsoinstitut vidareutveckla befintliga sammanfattande hälsomått samt utreda förutsättningarna för ett nationellt folkhälsoindex, se avsnitt 4.1.

Den huvudsakliga folkhälsorapporteringen kommer att ske genom den nationella folkhälsorapporten som tas fram av Socialstyrelsen och genom den kommande folkhälsopolitiska rapporten som tas fram av Statens folkhälsoinstitut. Den nationella folkhälsorapporten utgör ett beskrivande kunskapsunderlag och analys av vetenskapligt baserade samband mellan riskfaktorer och hälsoutfall. Den redovisar inga mål eller rekommendationer om åtgärder. Den folkhälsopolitiska rapporten avses redovisa ett begränsat antal indikatorer för det övergripande nationella folkhälsomålet och dess målområden, analys av utvecklingen och åtgärderna för att nå mål för folkhälsan samt ge rekommendationer om åtgärder. Annan väsentlig information ges också exempelvis via miljörapportering och uppföljning av arbetet för att nå de svenska miljökvalitetsmålen men också skaderegistrering och databaser som Socialstyrelsens socialmedicinska analysdatabaser, Hur mår Sverige och Statens folkhälsoinstituts nyligen lanserade kommunala basfakta.

Hälsa och folkhälsa är centrala begrepp i folkhälsorapporteringen. Hälsa är ett medel för individen att kunna leva ett gott liv medan folkhälsa är ett välfärds mål för samhället. Politikens uppgift är att främja människors förutsättningar och livsvillkor genom en hållbar utveckling som gynnar deras hälsa. Folkhälsopolitiken inriktas därför på sociala faktorer, resurser och exponeringar som individerna har svårt att själva påverka samt konsekvenser av ohälsa som leder till ojämlig fördelning av resurser och som kan vara möjliga att påverka med politiska åtgärder. Folkhälsorapporteringen syftar till att förklara och förstå hur ohälsa uppkommer och synliggöra olika aspekter av hälsoutvecklingen i ett befolkningsperspektiv. Den skall visa hur olika bestämningsfaktorer för hälsan hänger samman med hälsoutvecklingen och hur de agerar tillsammans och förstärker varandra samt identifiera befintliga och potentiella hälsoproblem. Den skall också fästa uppmärksamheten på förhållanden som kan uppfattas som oönskade. Fördelningen av hälsa och välfärd kan beskrivas som skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Genom att visa att vissa grupper har bättre hälsa och andra sämre och diskutera tänkbara orsaker till dessa skillnader, pekar man på möjligheten att förbättra hälsan i grupper med sämre hälsa. En analys av möjliga orsaker ökar insikten om faktorer och mekanismer bakom utvecklingen och riktar intresset mot möjligheter att förebygga ohälsa. Att se mönster i sjukligheten och följa utvecklingen över tid förbättrar möjligheterna att förstå vad som orsakar ohälsa och se hur hälsoproblemen kan angripas.

För att beskriva hälsan och identifiera hälsoproblemen behöver man känna till hälsans komponenter. Hälsan måste kunna mätas med mått som är meningsfulla för hälsopolitiken och hälsoarbetet. Tyvärr är det som man vill veta om folkhälsan inte alltid möjligt att ta reda på. Hälsan i dess positiva bemärkelse är svår att mäta. Det finns metoder att mäta dessa dimensioner av hälsa och livskvalitet men de behöver i många fall vidareutvecklas. De utgår från ett annat synsätt på hälsa än det

traditionellt naturvetenskapliga och har därför svårt att få en samlad upplutning. Det är enklare och mer etablerat att mäta sjuklighet, dödlighet, nedsatt funktion eller upplevd ohälsa. Det finns en lång tradition och bra registrering av dödlighet och dödsorsaker. Här finns möjligheter att göra jämförelser över tid och mellan åldrar, kön, landsdelar och länder. Mått på positiv hälsa, s.k. friskfaktorer är svårare. Man kan mäta frånvaro av sjukdom och ohälsa, frånvaro av död i form av återstående livslängd, samt självupplevd hälsa. Index för återstående livslängd med god hälsa har beräknats. Internationellt pågår ett utvecklingsarbete med sammanfattande index som kombinerar aspekter av funktionsnedsättning, livskvalitet, död och social fördelning.

För att det nationella folkhälsomålet och de målområden som föreslås i denna proposition ska kunna följas upp kommer en vidareutveckling och komplettering av befintliga hälsorelevanta mått att behövas. Detta gäller särskilt mätning av levnadsvanor och folkhälsoproblem. Dessutom behövs en översyn och utveckling av befintlig statistik och fortsatt forskning kring ohälsans och hälsans orsaker som kan etablera samband och kvantifiera hälsorisker.

6.2 Forskning och metodutveckling

Regeringens bedömning: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och Statens folkhälsoinstitut (FHI) bör ges i uppdrag att i samarbete med berörda aktörer utarbeta en lägesbeskrivning i syfte att på sikt kunna stärka forskningen på folkhälsoområdet. Dessutom är det av stor vikt att Statens folkhälsoinstitut bedriver ett fortsatt utvecklingsarbete kring hälsokonsekvensbedömningar (HKB) genom en kombination av teoribaserad kunskap och praktisk tillämpning.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillsammans med Statens folkhälsoinstitut och i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet utreda behov, finansiering, inriktning och avgränsning av regionala centra för icke-medikamentella metoder. Även frågan om behov, finansiering och utveckling av regionala utvecklingscentra för kunskapsbaserade metoder bör utredas i detta sammanhang.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Kommittén anser att det krävs en långsiktig satsning på forskning och att forskningen om interventioners nytta, kostnader och konsekvenser bör intensifieras. Vidare bör bättre metoder utvecklas för att bedriva folkhälsoarbete.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i kommitténs förslag. Flertalet remissinstanser pekar på vikten av forskning och metodutveckling inom folkhälsoområdet. *Statskontoret* anser t.ex. att det finns ett behov av kunskaper och ökad medvetenhet hos beslutsfattare om faktorer som främjar hälsa och om hur olika åtgärder och beslut påverkar denna. *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)* framhåller att huvuddelen av de resurser som bör satsas på forskningsområdet bör kanaliseras via forskningsråden så att en hög vetenskaplig kvalitet främjas. Rådet är villigt att även framöver ta ansvar för denna forskning. FAS stödjer vidare kommitténs bedömning att

interventionsforskning är viktig och att indikatorer bör utvecklas som gör det möjligt att följa folkhälsoutvecklingen. Prop. 2002/03:35

Skälen för regeringens bedömning

Folkhälsoforskning

Regeringen vill särskilt framhålla vikten av forskning om hälsans fördelning i befolkningen, dvs. att finna förklaringar till, kvantifiera och följa utvecklingen av de socioekonomiska skillnaderna i hälsa, att klargöra hur sambanden mellan bestämningsfaktorer och hälsa ser ut och hur de utvecklas. Det är vidare angeläget att utveckla och utvärdera metoder för ett effektivt, systematiskt och kunskapsbaserat folkhälsoarbete och att beskriva folkhälsoekonomiska konsekvenser. I dag finns även behov av att i högre grad integrera ett genusperspektiv och ett etniskt perspektiv i folkhälsoforskningen. Folkhälsoforskningen bör inriktas mot de områden som har störst inflytande på folkhälsan eller områden som kan bidra till att utveckla folkhälsoarbetet på såväl lokal, regional som nationell nivå. Regeringen anser även att det är av stor vikt att den tvärvetenskapliga folkhälsoforskningen prioriteras.

Det är av största vikt att de som arbetar med folkhälsofrågor snabbt kan tillgodogöra sig resultaten från den folkhälsovetenskapliga forskningen. I detta arbete fyller Statens folkhälsoinstitut och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) viktiga roller. Ett samarbete mellan dessa två myndigheter är därför av största betydelse. Regeringens samlade syn på forskningspolitikens inriktning har redovisats i propositionen *Forskning och förnyelse* (prop. 2000/01:3). Av den framgår att FAS har en strategiskt viktig roll när det gäller att förmedla kunskap om forskning och dess resultat, bl.a. inom folkhälsoområdet. FAS skall även peka på eventuella kunskapsluckor.

Statens folkhälsoinstitut har under år 2001 förstärkt sin forskningsavdelning. Institutet har bl.a. inlett ett arbete i syfte att ta fram kunskaps-sammanställningar med hög relevans för det regionala och lokala arbetet, särskilt sammanställningar av metoder för ett effektivt och kunskapsbaserat folkhälsoarbete. Statens folkhälsoinstitut avser även att göra kontinuerliga sammanställningar av berörda myndigheters och organisationers kunskapsbehov. Sammanställningarna bör kunna utgöra viktiga underlag för framtida strategier och prioriteringar inom folkhälsoområdet. För att föra ut kunskaper på ett mer effektivt sätt har en central informationsavdelning inrättats.

Statens folkhälsoinstitut har även möjlighet att initiera och finansiera uppdragsforskning som vilar på vetenskaplig grund inom relevanta folkhälsoområden, framför allt för att säkra institutets eget behov av kunskap. Regeringen ser positivt på en sådan utveckling och vill återigen betona vikten av att all verksamhet som bedrivs inom institutet skall vila på vetenskaplig grund eller på annat sätt vara kunskapsbaserad. Institutet bör dessutom vidareutveckla sitt samarbete med olika forskningsinstitutioner i landet.

En lägesbeskrivning för framtida strategiska beslut om nationell folkhälsoforskning inom nuvarande finansiella ramar bör utarbetas av FAS och Statens folkhälsoinstitut i samråd med andra berörda aktörer. Läges-

beskrivningen bör innehålla uppgifter om pågående forskning, pågående utvärderingar samt peka på eventuella kunskapsluckor m.m. Beskrivningen bör även redovisa hur folkhälsoforskningen utvecklas vid universitet och högskolor, institut, forskningsråd samt landsting och kommuner. Ett utökat samarbete mellan rådet och institutet är önskvärt för att få en samsyn kring inriktningen av den framtida folkhälsoforskningen.

Statens folkhälsoinstitut och FAS bör även samarbeta för att utöka det svenska deltagandet internationellt, särskilt inom ramen för EU-finansierad folkhälsoforskning.

Hälsokonsekvensbedömningar (HKB)

Hälsokonsekvensbedömningar (HKB) syftar till att belysa och klargöra konsekvenser för folkhälsan av såväl gällande politik som av förslag till nya beslut. Arbetet med att utveckla och pröva metoder för HKB har bedrivits av bl.a. WHO och EU. Landstingsförbundet har tillsammans med Svenska Kommunförbundet bedrivit ett utvecklingsarbete för HKB på regional och lokal nivå. Statens folkhälsoinstitut har haft regeringens uppdrag att pröva och utveckla en principmodell för HKB samt även utfört ett antal HKB på specifika områden, t.ex. bedömningar av vilka negativa effekter som EU:s olika regler på alkoholområdet har för Sverige.

HKB är ett viktigt verktyg på folkhälsoområdet som bidrar till att synliggöra hälsoaspekter, som kompletterar och höjer kvaliteten på olika beslutsunderlag och som därmed kan leda till att beslut blir bättre underbyggda ur folkhälsosynpunkt. I Statens folkhälsoinstituts nya roll ingår bl.a. att bedriva metodutvecklingsarbete vilket även inkluderar att bidra till utvecklingsarbetet avseende HKB, både nationellt och internationellt. Institutet bör vidare använda HKB som ett led i uppföljningen och utvärderingen av den nationella folkhälsopolitiken. Regeringen anser att ett fortsatt utvecklingsarbete är angeläget och att HKB bör prövas på ett antal väl utvalda beslutsunderlag inom några områden med central betydelse för folkhälsan. För att utveckla metoden krävs både teori-baserad kunskap och praktisk tillämpning. Här bör Statens folkhälsoinstitut bidra med stöd och kunskap i det fortsatta utvecklingsarbetet.

I kommuner och landsting har ett värdefullt arbete påbörjats med att utveckla och använda HKB och också att göra lokala välfärdsboksut. Dessa två instrument kan kombineras för att visa hur hälsofrågor på ett systematiskt sätt kan integreras i de styr- och uppföljningssystem som redan används. Statens folkhälsoinstitut bör i samråd med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet följa och bidra till den fortsatta utvecklingen.

Regionala metodcentra

Regeringen anser att Folkhälsokommitténs förslag om en satsning på regionala centra för icke-medikamentella (icke-farmakologiska) metoder visar på behov av ett fördjupat utredningsarbete. En kartläggning bör t.ex. göras av i vilken mån aktörer på den regionala nivån som exempel-

vis landstingen, redan i dag har tillgång till denna kompetens via samarbete med universitet och högskolor. Andra viktiga frågor att belysa är behovet av sådana centra, finansiering av dessa samt inriktnings- och avgränsningsfrågor. Regeringen kommer därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Statens folkhälsoinstitut och i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet göra ett sådant fördjupat utrednings- och kartläggningsarbete. I detta sammanhang bör även frågan om behovet av regionala utvecklingscentra, hur sådana kan utvecklas och finansieras utredas. Sådana centra avses vara kunskaps-, forsknings- och utvecklingscentra för kunskapsbaserade metoder och strategier i regionalt och lokalt folkhälsoarbete.

6.3 Utbildning i folkhälsovetenskap och kompetensutveckling

Regeringens bedömning: Statens folkhälsoinstitut bör ges i uppdrag att i samarbete med berörda myndigheter, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet utarbeta en samlad plan för kompetensutveckling av redan yrkesverksamma inom relevanta yrkesområden.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i kommitténs bedömningar.

Skälen för regeringens bedömning

Utgångspunkter

En god folkhälsoutbildning är ett viktigt medel för att uppnå det i denna proposition föreslagna övergripande folkhälsomålet. Den nya inriktningen på folkhälsoarbetet innebär även en ambitionshöjning på nationell, regional och lokal nivå vilket gör att efterfrågan på utbildning och kompetens i framtiden kan komma att öka. Samtidigt ökar kraven på att åtgärder inom folkhälsoområdet skall minska ojämlikheten i hälsa och vara kostnadseffektiva. Detta innebär i sin tur att väl utvärderade metoder i det förebyggande arbetet måste tillämpas. Dessa krav kan komma att få konsekvenser för den kompetens inom folkhälsoområdet som på sikt bör finnas på både nationell, regional och lokal nivå.

De uppgifter och uppdrag som Statens folkhälsoinstitut har kräver i många fall kompetens från forskarutbildning eller motsvarande. Sannolikt behövs förstärkningar av den folkhälsovetenskapliga kompetensen även inom många andra statliga myndigheter med uppgifter inom eller ansvar för verksamheter och områden med betydelse för folkhälsan. Det är av största vikt att samarbetet utvecklas vidare mellan institutet, andra statliga myndigheter, forskningsinstitutioner och aktörer på regional nivå inom forskningsområdet liksom med aktörer som utövar praktiskt folkhälsoarbete.

Sedan 1993 års högskolereform beslutar universitet och högskolor själva om utbudet av utbildningar samt om innehållet i dessa. Regeringen beslutar om det övergripande innehållet för vissa utbildningar som leder till specifika yrkesexamina genom att fastställa vissa kunskapsmål som studenterna skall ha uppnått för att erhålla examina. För t.ex. läkarexamen och sjuksköterskeexamen anges att studenterna för att kunna arbeta förebyggande skall ha förvärvat kännedom om förhållanden i samhället som påverkar kvinnors och mäns hälsa.

Det finns i dag en omfattande flora av akademiska folkhälso-utbildningar med sinsemellan mycket olika inriktning och omfattning. Utbildningsutbudets variation speglar de skilda arbetsuppgifter som förekommer i arbetslivet. De kunskaper och färdigheter som förmedlas i olika folkhälsoutbildningar har i Sverige huvudsakligen funnit användning inom följande yrkesområden: praktiskt folkhälsoarbete med hälso-planering och hälsoupplýsning på lokal nivå, analys- och forskningsarbete inom universitet och högskolor, på samhällsmedicinska enheter i landstingen, vid statliga myndigheter och inom läkemedelsindustrin samt ledande och administrativa funktioner inom hälso- och sjukvård och hälsopolitik.

Antalet utbildningar inom det folkhälsovetenskapliga området har ökat under de senaste åren. Av det dussintal folkhälso-utbildningar som finns i Sverige är några grundutbildningar för kandidatexamen och andra leder fram till magisterexamen. Förutom kandidatexamen och magisterexamen leder folkhälso-utbildningar till doktorsexamen. Folkhälso-utbildningarna varierar även från kortare eller längre grundutbildningar till påbyggnads-utbildningar för personer som har en viss tidigare yrkesutbildning. Vid sidan av de ovan redovisade folkhälso-utbildningarna bedrivs även viktig utbildnings- och forskningsverksamhet inom området folkhälsovetenskap vid Nordiska hälsovårdshögskolan, som gemensamt ägs av de fem nordiska länderna. Dessutom har nationella samarbetsformer successivt växt fram, t.ex. inom Konsortiet för akademisk folkhälso-utbildning med representanter från 18 högskolor och universitet. Ett internationellt samarbete sker i Europa inom ASPHER – Association of Schools of Public Health in the European Region och inom ramen för EU:s folkhälso-program.

Kompetensutveckling av redan yrkesverksamma

Kompetensutveckling av redan yrkesverksamma har en avgörande betydelse för att kunna uppnå det föreslagna folkhälsomålet. För att på kort sikt kunna möta de ökade behoven av folkhälsokompetens är det därför nödvändigt att under de närmaste åren kunna erbjuda vidareutbildning av redan yrkesverksamma personer inom områden som t.ex. vård och omsorg, socialtjänst, tandvård, elevvård och skolhälsovård, försäkringskassor, arbetsmiljö samt miljöarbete vid länsstyrelser och kommuner. Statens folkhälsoinstitut bör därför få i uppdrag att utarbeta en samlad plan för kompetensutveckling av redan yrkesverksamma på nationell, regional och lokal nivå inom ett prioriterat antal områden. Detta uppdrag skall utföras i samarbete med berörda myndigheter,

6.4 Hälsoinformation och hälsokommunikation

Regeringens bedömning: Samhället har ett ansvar för att tillhandahålla viktig och producentobunden hälsoinformation till befolkningen. Ansvaret för hälsoinformation åvilar alla berörda sektorsmyndigheter och bör ges hög prioritet. Apoteket AB bör även fortsättningsvis ha möjlighet att lämna obunden, saklig och lätt tillgänglig hälsoinformation till sina kunder.

Nationella folkhälsokommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Kommittén föreslår dock att Apoteket AB bör få 60 miljoner kronor årligen i fem år för att fullgöra sitt uppdrag att lämna obunden och saklig hälsoinformation till befolkningen.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i kommitténs mål och utmaningar. *Socialstyrelsen* instämmer i kommitténs förslag att Apoteket AB får i uppdrag av staten att lämna producentobunden, saklig och tillgänglig hälsoinformation till sina kunder då Apoteket AB har en lång tradition av hälsoupplýsning och förebyggande hälso- och sjukvård som bygger på vetenskaplig grund. Några remissinstanser är tveksamma till att ge Apoteket AB en sådan roll då de bedöms sakna behövlíg kompetens på detta område. *Apoteket AB* ställer sig positivt till förslaget och är villigt att åta sig uppgiften. *Samhällsmedicin* och *Centrum för tillämpad näringslära vid Stockholms läns landsting* anser att begreppet hälsoinformation är otillräckligt och att begreppet hälsokommunikation eller hälsoupplýsning i stället bör användas. Centrum för tillämpad näringslära menar att det är mycket tveksamt om apotekspersonalen har kompetens för att kunna bedriva uppgifter inom området hälsoupplýsning, vilket kräver kännedom om målgrupper, kanaler, arenor och hälsobudskap etc. Apotekspersonalen, menar man, saknar även utbildning för att ge individanpassad information vilket skulle medföra att Apoteket snarast blir en distributionscentral för information framtagen av andra organisationer och myndigheter.

Skälen för regeringens bedömning: Hela befolkningen, inklusive människor med funktionsnedsättningar och personer med svaga kunskaper i svenska språket eller med annan etnisk bakgrund, skall ha möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation. Hälsoinformationen måste därför innehållsmässigt och till sitt utförande vara anpassad till medborgarnas olika behov. Informationen måste också vara tillgänglig för alla. Det betyder att den inte får vara svåråtkomlig, kosta pengar eller bara finnas på t.ex. Internet.

Hälsoinformation kan ha flera olika syften. Den kan syfta till att förändra ohälsosamma beteenden hos befolkningen, väcka opinion runt en fråga eller få människor att i tid undersöka sin hälsa vid vissa symptom, t.ex. vid förändringar i bröstet eller vid hudfläckar. Hälsoinformationen från offentliga aktörer i Sverige har av tradition haft en hög nivå av saklighet som byggt på vetenskaplig grund. Det är av stor vikt att denna kvalitet bibehålls.

Ett problem med hälsoinformation, precis som med annan samhällsinformation, är att den främst når de redan gynnade, de som redan väl känner till informationen. För att även andra grupper skall nås måste ansträngningar göras för att producentobunden hälsoinformation verkligen når utsatta grupper. I sitt remissvar påtalar samhällsmedicin vid Stockholms läns landsting att hälsoinformationen bör utformas på ett sådant sätt att den minskar ojämlikheten i hälsa, dvs. även når grupper med t.ex. låg inkomst och utbildning. För att nå dessa grupper räcker det inte med enbart information utan budskapen måste kommuniceras, dvs. det handlar mer om hälsokommunikation än om hälsoinformation. Regeringen ansluter sig till denna uppfattning.

Tidigare har Statens folkhälsoinstitut haft ett visst ansvar för hälsoinformation riktad till allmänheten. I sin nya roll skall institutet inte direkt rikta sig till allmänheten utan i första hand förmedla underlag och fakta till regeringen, sektorsmyndigheter, landsting och kommuner och andra viktiga aktörer. Detta gäller även i huvudsak för institutets verksamhet inom målområdena ökad fysisk aktivitet samt minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande om regering och riksdag inte ger institutet direkta uppdrag. Berörda sektorsmyndigheter har en viktig roll i att förmedla hälsoinformation till allmänheten i frågor som de handlägger eller ansvarar för. Kommuner och landsting har även de en viktig roll för att förmedla hälsoinformation till sina invånare.

I dag förmedlas viktig hälsoinformation genom apoteken. Eftersom apoteken står för ett kontinuerligt möte med en stor del av befolkningen når denna information väldigt många. Regeringen anser att Apoteket AB via sina apotek även fortsättningsvis bör ha möjlighet att förmedla hälsoinformation som är språkligt och praktiskt tillgänglig för olika grupper i befolkningen. Apoteket AB kan i detta arbete samarbeta med Statens folkhälsoinstitut och andra berörda myndigheter.

Frivilligorganisationerna har en viktig roll när det gäller hälsoinformation. Dessa organisationer är ofta bättre lämpade att nå riskutsatta grupper med information än offentliga aktörer eftersom de kommer närmare de enskilda individerna och grupperna än t.ex. statliga myndigheter. Redan i dag ger staten ekonomiskt stöd i form av organisationsstöd som kan användas för olika former av hälsoinformation till organisationernas målgrupper.

Staten ger även bidrag till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) för att förse allmänheten med information om alkohol och droger.

För att förbättra kunskapen kring hur samhället på bästa sätt kan sprida viktig och producentobunden hälsoinformation till befolkningen har Statens folkhälsoinstitut fått i uppdrag att ta fram ett underlag med förslag till hur arbetet med hälsoinformation och hälsokommunikation bör bedrivas, dvs. vilka metoder som är effektiva för att nå ut med hälsoinformation till befolkningen och till grupper av befolkningen. En första delrapport skall lämnas senast den 31 december 2003. Den skall innehålla en redovisning av principiella utgångspunkter, rollfördelning mellan olika aktörer, prioriterade områden och målgrupper, hur hälsoinformationen organiserats i några jämförbara länder och vilka erfaren-

6.5 Behovet av stöd till det lokala och regionala folkhälsoarbetet

Regeringens bedömning: Statens styrning på folkhälsoområdet bör ske genom mål och genom regelbunden uppföljning och resultatredovisning. En övergripande folkhälsolag som ålägger kommuner och landsting att upprätta särskilda folkhälsoplaner är inte nödvändig för att uppnå det övergripande folkhälsomålet. Folkhälsoplaner är viktiga verktyg för att få till stånd ett sektorsövergripande och långsiktigt folkhälsoarbete, men dessa planer bör tas fram på frivillig väg.

Nationella folkhälsokommittén förslag: Ett av kommitténs huvudförslag är att kommunernas och landstingens ansvar och uppgifter på folkhälsoområdet skall regleras i en särskild folkhälsolag. Enligt lagförslaget skall det i varje kommun och i varje landsting finnas en folkhälsoplan som skall beslutas av kommunfullmäktige respektive landstingsfullmäktige. Planen skall utvisa hur undvikbar sjukdom, skada, funktionsnedsättning och dödlighet kan förebyggas och hälsa främjas av kommunens och landstingets hela verksamhet. I lagförslaget åläggs dessutom kommuner och landsting att samverka med myndigheter, organisationer och enskilda för att lösa frågor som har betydelse för folkhälsan. Kommittén föreslår vidare en ändring i 5 § socialtjänstlagen (1980:620). Enligt förslaget får socialnämnden i uppgift att främja förutsättningarna för hälsa.

Remissinstanserna: Merparten av remissinstanserna är i huvudsak positiva till målet om ett samordnat folkhälsoarbete men har olika syn på hur vägen till målet skall se ut. När det gäller förslaget till en särskild folkhälsolag är remissinstanserna splittrade. Till de instanser som avvisar förslaget hör bl.a. *Socialstyrelsen*, *Statens livsmedelsverk*, *Svenska Kommunförbundet*, *Landstingsförbundet* samt *Göta hovrätt*. Dessutom avvisas lagförslaget av vissa landsting och kommuner. Flera av de remissinstanser som är tveksamma till förslaget ifrågasätter behovet av en särskild lagstiftning och menar att samma effekter bör kunna nås genom kompletterande bestämmelser i redan befintlig lagstiftning eller på annat sätt. Från flera håll betonas vikten av att folkhälsoarbetet integreras med de reguljära verksamheter som bedrivs i kommuner, landsting, organisationer och företag. I stället för lagstiftning efterlyses metodstöd, kunskapsunderlag och ekonomiska resurser.

Bland de instanser som ställer sig positiva till Folkhälsokommitténs lagförslag återfinns bl.a. *Statens folkhälsoinstitut*, *Riksförsäkringsverket*, *Statens kulturråd*, *Jämställdhetsombudsmannen* samt flera landsting.

Folkhälsolag

Arbetet med att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen kräver insatser på flera samhällsnivåer och från olika aktörer inom den offentliga, privata och ideella sektorn. Kommuner och landsting intar i detta sammanhang nyckelpositioner med sitt ansvar för strategiskt viktiga verksamheter ur folkhälsosynpunkt.

Kommunernas och landstingens befogenheter, organisation och verksamhetsformer regleras i kommunallagen (1991:900). Om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter på vissa områden finns dessutom särskilda föreskrifter.

Både landsting och kommuner är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:736, HSL) skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet regleras av bestämmelser i HSL. I 2 c § HSL sägs uttryckligen att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Där föreskrivs också att den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, skall ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Patienten skall enligt lagen ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den i stället lämnas till patientens närstående.

Det finns alltså redan i dag bestämmelser om hur hälso- och sjukvården skall agera i folkhälsoarbetet på individuell nivå. Av 3 § HSL följer en skyldighet för landstingen att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Vidare föreskrivs att landstinget även i övrigt skall verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

På kommunal nivå har miljö- och hälsoskydd, fysisk planering och byggande stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Dessa frågor regleras i miljöbalken respektive plan- och bygglagen (1987:10). Av stor betydelse för hälsan är också möjligheter till arbete och annan daglig sysselsättning, tillgång till kultur- och fritidsaktiviteter, hälso- och sjukvård, social service och individuellt anpassade stöd- och behandlingsinsatser.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Det följer av 2 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Socialtjänstlagen anger insatser på tre olika nivåer;

- strukturinriktade insatser som syftar till att påverka samhället i stort,
- allmänt inriktade insatser som syftar till att förbättra förhållandena för vissa grupper, samt
- individuellt inriktade insatser som anpassas efter individuella önskemål och behov.

Det finns enligt regeringens bedömning starka skäl som talar både för och emot en särskild folkhälsolag. Regeringen anser dock att de skäl som anförts emot Folkhälsokommitténs lagförslag väger tyngre än de skäl som talar för. Motiven för regeringens ställningstagande är i huvudsak följande.

För det första ställer den lagstiftning som reglerar landstingens och kommunernas uppgifter redan i dag krav på planering och samverkan mellan olika parter i samhället. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete förutsätter enligt regeringens bedömning att folkhälsoaspekterna integreras i de verksamheter som redan i dag bedrivs av kommuner och landsting. Vidare behövs ett strategiskt och långsiktigt sektorsövergripande arbete. Övergripande folkhälsoplaner är i detta sammanhang ett viktigt verktyg. En särskild folkhälsolag med lagfästa krav på folkhälsoplaner kan enligt regeringens mening äventyra den önskvärda utvecklingen och innebära att folkhälsoarbetet utvecklas i riktning mot ett eget verksamhetsområde.

För det andra bedriver kommuner och landsting redan i dag ett tjänstfullt folkhälsoarbete med anknytning till lokala folkhälsoråd och Agenda 21-arbete. Det är regeringens bedömning att denna process bör fortsätta på det sätt som bäst gagnar syftet med hänsyn till lokala förutsättningar och behov. Forskning och metodutveckling, erfarenhets-spridning, utvärdering och stöd till nätverk för förtroendevalda och tjänstemän kan stärka den pågående processen. Statens folkhälsoinstitut har att, tillsammans med berörda aktörer, fungera som stöd i denna process.

I det resonemang som förs i Folkhälsokommitténs slutbetänkande kring statlig regelstyrning påtalas flera alternativ och komplement till en särskild folkhälsolag. Där visas hur lagstiftningsinstrumentet kan användas på olika sätt på folkhälsoområdet. Enligt kommittén kan lagstiftningen på detta område inriktas mot att

- reglera det allmännas åtaganden och skyldigheter (t.ex. HSL och SoL),
- skydda individer och grupper mot vissa hälsorisker (t.ex. arbetsmiljölagen (1977:1160), smittskyddslagen (1988:1472) och tobakslagen (1993:581)),
- skapa gynnsamma förutsättningar för samhällsutveckling och hållbar livsmiljö inklusive hälsa m.m. (t.ex. plan- och bygglagen),
- förelägga medborgare vissa beteenden i riskabla sammanhang (t.ex. trafikförordningens (1998:1276) regler om bilbältesanvändning och lagstiftning om promillegräns i trafiken).

Regeringen delar denna syn och menar att lagstiftningsarbetet på folkhälsoområdet i första hand bör gälla lagstiftning som mera direkt syftar till att främja hälsa, förebygga skador och sjukdomar samt olika former av skyddslagstiftning. Den lagstiftning som finns på dessa områden har dock inte tillkommit i syfte att skapa samhällseliga förutsättningar för en god folkhälsa på lika villkor för hela befolkningen utan har andra syften. Som tidigare nämnts (avsnitt 4.1) bör därför en särskild utredare ges i uppdrag att samlat överväga vilka lagändringar som kan behöva göras för att lagstiftningen på dessa områden bättre skall svara mot det övergripande folkhälsomålet. I uppdraget bör även ingå att överväga om det finns behov av någon form av lagstöd för att reglera redovisningen till nationell nivå av det folkhälsoarbete som bedrivs på lokal och regional nivå.

Det övergripande folkhälsomålet och målområdena bör kunna vara vägledande och fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå. Kommuner och landsting, frivilligorganisationer och övriga aktörer kan bryta ner mål och delmål så att de blir uppföljningsbara och användbara utifrån olika aktörers behov och förutsättningar samt vidta åtgärder för att nå dessa mål.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete förutsätter enligt regeringens bedömning att folkhälsoaspekterna integreras i de ur folkhälsosynpunkt viktiga verksamheter som bedrivs av kommuner och landsting. Kommuner och landsting bedriver redan idag ett förtjänstfullt folkhälsoarbete genom flera olika processer. Det är regeringens bedömning att denna process bör fortsätta på det sätt som bäst gagnar syftet med hänsyn till lokala förutsättningar och behov.

Exempel på pågående processer är det lokala Agenda 21-arbetet som kan spela en viktig roll för ett framgångsrikt folkhälsoarbete, både genom arbetet med genomförande och vidareutvecklingen av de lokala handlingsplanerna för Agenda 21, kommunernas interna sektorsövergripande arbete och arbetet med lokal förankring samt samarbete med ideella organisationer, näringsliv och medborgare.

Ett exempel på hur samordning på regional och lokal nivå kan stärkas är också fortsatt utveckling av lokala och regionala hälsoråd samt utveckling av lokala folkhälsoplaner. Stöd till lokal och regional nivå genom erfarenhetsutbyte och kunskapsspridning ges också genom Forum folkhälsa, ett samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Regeringen ser positivt på detta initiativ.

I hälsoarbetet kan även hälsobudgetar och hälsoplaner vara väsentliga redskap för ett effektivt arbete.

För ökad hänsyn till folkhälsa i arbetet inom alla sektorer spelar införandet av hälsokonsekvensbedömningar (HKB) en särskilt viktig roll. HKB har idag inte stöd i lagstiftningen på samma sätt som miljökonsekvensbedömningar (MKB) har. Ett undantag gäller miljöeffekter på hälsa där en HKB-del ingår i MKB. Utredning av behovet av en sådan lagstiftning ingår i den utredning som ska tillsättas för att se över nuvarande lagstiftning mot bakgrund av regeringens förslag till övergripande folkhälsomål, se avsnitt 4.

När det gäller uppföljning kan det lokala arbetet stärkas genom samarbete kring välfärdsbokslut och hälsobokslut. Ett samarbete har initierats mellan Statens folkhälsoinstitut, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet för att diskutera hur rapporteringen från lokal och regional nivå till nationell nivå skall kunna ske utan att försvåra för den regionala och lokala nivån.

Ett sektorsövergripande samarbete och integrering av förebyggande folkhälsoaspekter är särskilt viktigt inom och mellan områdena miljö- och hälsoskydd, fysisk planering och byggande, socialtjänsten samt skola vård och omsorg.

Ett exempel på där ett sektorsövergripande samarbete kan ge goda effekter för folkhälsan utgör samarbetet mellan miljöarbetet och folkhälsoarbetet. Arbetet med att utveckla regionala och lokala folkhälsomål

kan integreras med det lokala och regionala miljömålsarbetet så att de ömsesidigt förstärker varandra, så kan t.ex. miljö kvalitetsmålet God bebyggd miljö förstärkas ytterligare med fokus på folkhälsan. På samma sätt kan även integrerade åtgärdsstrategier utvecklas så att miljöarbetet och folkhälsoarbetet ömsesidigt förstärker varandra. Som stöd för en folkhälsoanpassad samhällsplanering kan sedan de anpassade folkhälso målen åskådliggöras i kommunernas översiktsplaner.

Ideella organisationer fyller viktiga funktioner i det lokala samhället. Samarbete med ideella organisationer kan ofta vara av stort värde för folkhälsoarbetet på lokal nivå.

Regeringen anser att utveckling på regional och lokal nivå bäst främjas genom forskning, metodutveckling, erfarenhetsspridning, utvärdering och stöd till nätverk mellan olika aktörer på lokal och regional nivå.

Socialtjänstens roll i ett samlat folkhälsoarbete

Beröringspunkterna mellan folkhälsans bestämningsfaktorer och de områden som faller inom socialtjänstens ansvarsområde är många, t.ex. fattigdom, boendesegregation, barns och ungdomars uppväxtvillkor, missbruk, våld i hemmet och konsekvenserna av brottslig verksamhet på öppen plats. Socialtjänsten med sitt ansvar för strategiskt viktiga verksamheter ur folkhälsosynpunkt har en viktig roll i ett samlat folkhälsoarbete på kommunal nivå.

Den kommunala socialtjänsten med sina lagreglerade uppgifter syftar till att skapa goda levnadsförhållanden för medborgarna och kan därför också betraktas som en hälsofrämjande verksamhet.

Regeringen anser att socialtjänstens uppdrag redan i dag är klart definierat och att den av kommittén föreslagna nya bestämmelsen i SoL om att socialtjänsten skall få en lagreglerad skyldighet att främja förutsättningarna för hälsa därför inte behövs. Som påpekats från flera remissinstanser finns det risk för att en sådan bestämmelse misstolkas och leder till att socialtjänsten oavsiktligt tilldelas en större roll i folkhälsoarbetet än övriga kommunala nämnder. Det viktiga är att folkhälsotanken genomsyrar hela den kommunala förvaltningen både vid planering på lång sikt och vid genomförande av olika insatser i vardagen. Folkhälsofrågorna bör därför komma in som en naturlig del både vid planering och genomförande av alla insatser på samhälls-, grupp- och individnivå.

Socialtjänstlagen ställer uttryckliga krav på planering av verksamheter för äldre människor och människor med funktionshinder. Något motsvarande krav på övergripande planering av den verksamhet som bedrivs inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg finns inte i dag. I denna del ställer lagen endast krav på individuella planer i samband med vård och behandling av missbrukare och av barn och unga som vårdas utanför hemmet. I övriga fall, t.ex. när det gäller människor med försörjningsproblem, anhörigvårdare eller brottsoffer, ställs varken krav på övergripande eller individuell planering av insatserna.

Enligt regeringens bedömning behövs en ökad medvetenhet om att socialt arbete inte uteslutande handlar om sociala åtgärder utan även om hälsoaspekter på såväl individ-, grupp- som samhällsnivå. Det innebär att socialtjänsten vid mötet med enskilda individer och grupper i samhället i

ökad utsträckning bör uppmärksamma ohälsa. Denna uppgift kräver inte bara samverkan med hälso- och sjukvården utan även samverkan med en rad andra aktörer inom den offentliga och ideella sektorn.

Socialtjänsten har inte bara ett ansvar för att åtgärda problem utan har även lagreglerade uppgifter som syftar till att förebygga uppkomsten av sociala problem, främst när det gäller missbruk. Detta arbete är enligt regeringen av stor betydelse ur folkhälsosynpunkt. Det folkhälsoarbete som redan bedrivs med anknytning till folkhälsoråd i kommuner och landsting gäller framför allt samhällsplanering, hälso- och sjukvård, omsorg, skola, miljöarbetet, arbetsmiljö samt regional utveckling. Socialtjänsten har hittills inte spelat en lika framträdande roll.

Socialtjänsten domineras i dag av individuell ärendehandläggning även om grupp- och områdesinriktat arbete har ökat i omfattning under senare år. Det finns mot denna bakgrund anledning att ytterligare understryka att socialtjänstens lagstadgade ansvar även omfattar förebyggande strukturinriktade insatser.

Sociala problem är ofta komplexa till sin natur och orsakas av såväl sociala, psykologiska som strukturella faktorer. Den enskildes hälsa och välbefinnande påverkas både av samspelet med andra individer och grupper och av samhällsstrukturen.

De utmaningar vi står inför i dag kräver ett offensivt inriktat socialt förändringsarbete. Ett sådant arbete måste bedrivas med ökad tonvikt på förebyggande åtgärder och tidiga insatser i syfte att motverka den ohälsa som följer i spåren av social problematik.

Socialtjänsten har genom sin breda kontaktyta mot allmänheten en god överblick när det gäller människors levnadsförhållanden i lokalsamhället. Det är också inom socialtjänsten som förutsättningar finns för att tidigt uppmärksamma en ur social synvinkel ogynnsam utveckling. Socialtjänsten bör därför ha goda förutsättningar att tidigt uppmärksamma och informera kommunledningen om tendenser till ogynnsam utveckling.

Socialtjänsten bör också återkommande svara för att uppgifter om sociala förhållanden samlas in, bearbetas och ställs till den kommunala ledningens förfogande. På detta sätt kan socialtjänsten medverka konkret i kommunens strategiska planering för en god folkhälsa på lokal nivå.

När det gäller metoder och former för socialtjänstens medverkan i folkhälsoarbetet har regeringen inte för avsikt att reglera denna fråga i lag. Regeringen ser med tillfredsställelse på den utveckling som stimulerats av Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet inom ramen för det gemensamma folkhälsoprogram, som initierades i mitten av 1990-talet. Detta arbete bedöms i hög grad ha bidragit till att två av tre kommuner har någon form av folkhälsoråd där man arbetar gemensamt med andra aktörer lokalt och regionalt. Av Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande framgår också att många landsting och kommuner redan i dag arbetar med eller planerar för välfärdsbokslut, hälsokonsekvensbedömningar, hälsobudgetar eller hälsoplaner. Regeringen anser att utvecklingen på detta område bäst främjas genom forskning och metodutveckling, erfarenhetsspridning, utvärdering och stöd till nätverk för förtroendevalda och tjänstemän.

Regeringens förslag i propositionen medför inte några konsekvenser för statsbudgetens anslag. Regeringens förslag innebär att mål och uppföljning och utvärdering av insatser för att förbättra folkhälsan skall kunna inordnas i den mål- och politikområdesstruktur som regeringen redan tillämpar. Berörda myndigheter beräknas inte heller belastas ytterligare eftersom mål inom områden som påverkar folkhälsan i hög grad redan finns i dag. Den 1 juli 2001 ombildades Folkhälsoinstitutet till Statens folkhälsoinstitut. Institutet fick då ansvaret för den sektorsövergripande uppföljningen och utvärderingen av insatser inom folkhälsoområdet.

Förslaget innebär inte heller några nya direkta åtaganden för kommuner och landsting. Den av regeringen föreslagna mål- och uppföljningsstrukturen bör kunna fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå. Strukturen bör även ge möjlighet för kommuner och landsting, frivilligorganisationer och övriga aktörer att formulera mål och delmål så att de blir uppföljningsbara och användbara utifrån olika aktörers behov och förutsättningar. Hur kommunerna och landstingen organiserar sina insatser beslutar de själva om, men regeringen vill i detta sammanhang framhålla att arbetet för att förbättra folkhälsan är angeläget. Eftersom det övergripande nationella folkhälsomålet och de elva målområdena inte påverkar nuvarande lagstiftning, så innebär propositionens förslag inte några nya åtaganden för kommuner eller landsting och därmed inga ökade kostnader.

Riksdagen och regeringen har redan avsatt medel för insatser för att främja hälsan och förebygga sjukdomar inom de föreslagna målområdena. Detta gäller t.ex. inom politikområdet folkhälsa där regeringen under budgetåren 2001–2004 avser att avsätta drygt en miljard kronor för nya insatser när det gäller förebyggande arbete på alkohol-, narkotika och tobaksområdena. De flesta av dessa insatser kommer att genomföras av kommuner, landsting, frivilligorganisationer och övriga aktörer. I detta arbete ingår en ständig uppföljning av insatserna som ett nödvändigt inslag. Det gäller vidare inom politikområdet hälso- och sjukvård där riksdag och regering beslutat om ett resurstillskott till vissa nationella insatser om sammanlagt nio miljarder kronor.

Huruvida den nya inriktningen av folkhälsoarbetet kommer att innebära några krav på nya åtaganden på sikt från kommuner och landsting går i dag inte att bedöma. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att samordna arbetet med att identifiera och utveckla indikatorer för att följa om utvecklingen av bestämningsfaktorer inom de olika målområdena leder till förbättrad folkhälsa. En utredning avses tillsättas för att se över i vilka avseenden befintlig lagstiftning bör ändras ur ett folkhälsoperspektiv samt överväga former för redovisning till nationell nivå av det folkhälsoarbete som görs på lokal och regional nivå. Utredningen om eventuella förändringar av befintlig lagstiftning, former för redovisning av lokalt och regionalt folkhälsoarbete till nationell nivå samt Statens folkhälsoinstituts förslag till indikatorer får utvisa om några nya eventuella åtaganden blir nödvändiga. Först under den vidare beredningen av dessa förslag kan regeringen ta ställning till om kommuner och landsting får nya åtaganden. Om så blir fallet kommer finansieringsprincipen att gälla.

Kap. 1 Uppdrag och arbetsformer

Nationella folkhälsokommittén har haft till uppdrag att utarbeta nationella folkhälsomål samt strategier för hur målen skall uppnås. Målen skall enligt direktiven vila på vetenskaplig grund. De mål och åtgärder som föreslås redovisas i detta betänkande. För framtagandet av målen har en rad experter och forskare inom olika områden medverkat. Kommittén har gett ut 19 olika underlagsrapporter med kunskapsbakgrunder.

Av direktiven framgår även att kommitténs uppgift är att arbeta utåtriktat och processinriktat. Två delbetänkanden har avgivits och kommittén har i egen regi skickat dessa på remiss till nästan 500 olika instanser. Tio debattskrifter i ämnen som är viktiga från hälsosynpunkt har tagits fram. Konferenser och seminarier har arrangerats. Kommittén har haft överläggningar med politiker och tjänstemän på såväl statlig som kommunal nivå, forskare, representanter för olika organisationer och näringsliv. Vidare har kommittén inbjudit olika aktörer att aktivt följa arbetet under utredningens gång. Kommitténs ordförande har varit arveroderad på heltid och har medverkat vid ett stort antal utåtriktade aktiviteter på lokal och regional nivå.

Kap. 2 Hälsoutvecklingen i Sverige

I detta kapitel redovisas hälsoutvecklingen i Sverige. Medellivslängden ökar sedan länge i den svenska befolkningen och visar ännu inte några tecken till stagnation. Dödsrisken har minskat i alla åldersgrupper. Det är framför allt nedgången i hjärt- kärlsjukdomar och skador som bidrar till den ökande medellivslängden. Även om överlevnaden förbättras visar andra dimensioner av ohälsan att en positiv hälsoutveckling inte är självklar. Hos medelålders och äldre människor har hälsan förbättrats, men den självskattade hälsan är inte längre lika god hos yngre människor. Bland yngre finns ökningsgrupper – allergi och annan överkänslighet, värk i rörelseorganen samt psykiska symtom i form av bl.a. trötthet, sömnbesvär och nedstämdhet. I avsnittet ges en beskrivning av de största folksjukdomarna. En viktig folkhälsoaspekt är att de stora sociala olikheterna i hälsan består. Personer med kortare utbildning och som tillhör arbetargrupperna löper betydligt högre risk att drabbas av sjukdom och för tidig död än mer utbildade tjänstemän. Dessutom blir konsekvenserna av ohälsa betydligt svårare för arbetargrupper än för andra grupper. Det finns även tydliga hälsoskillnader mellan könen och mellan olika etniska grupper.

Hälsans bestämningsfaktorer och viktiga drag i samhällsutvecklingen som kan påverka hälsan beskrivs i detta kapitel. De folkhälsomål som föreslås tar sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer. Människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsaker till sjukdomar, skador och annan ohälsa. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka orsaker och därmed förekomsten av ohälsa. De förändringar som sker på arbetsmarknaden, av välfärdspolitiken, av barnfamiljernas situation, av det sociala kapitalet i samhället, av konsumtionsmönster och tillgång till hälsovårdstjänster är utvecklingstendenser som belyses i kapitlet och som kan påverka hälsan.

Kap. 4 Utgångspunkter för prioriteringar av mål och åtgärder

När kommittén formulerat sina mål har utgångspunkten varit en humanistisk människosyn, vilket innebär alla människors lika värde samt att de enskilda individerna har frihet att handla. En viktig utgångspunkt för betänkandet är en vision om att alla människor skall ha likvärdiga möjligheter att förverkliga sina strävanden. För att detta skall vara möjligt krävs att de stora skillnaderna mellan olika gruppers hälsa minskar. I betänkandet väljer kommittén att inte definiera vad hälsa innebär. Hälsa är en subjektiv värdering där varje individ har sin egen syn. De förslag som kommittén lägger fram syftar till att förebygga den ohälsa som innebär att individens frihet hämmas.

Kap. 5 Vision och övergripande riktlinjer för en god hälsa på lika villkor

Visionen som föreslås är att nå en god hälsa på lika villkor. Kommittén har formulerat sex övergripande riktlinjer för samhällsutvecklingen. Dessa övergripande riktlinjer ligger sedan till grund för de nationella folkhälsomålen.

1. Stärk det sociala kapitalet

Med socialt kapital avses både den gemenskap som finns mellan medborgarna i närmiljön, och de villkor som i stort främjar ett solidariskt samhälle, som att stora inkomstklyftor och olikheter i levnadsvillkor måste motverkas.

2. Utveckla goda uppväxtvillkor

Hälsan grundläggs under barndomen. För att alla barn och ungdomar skall få likvärdiga uppväxtvillkor är det viktigt att samhället stödjer föräldraskapet och det sociala nätverk som omger barnet.

3. Förbättra villkoren i arbetslivet

Det goda arbetslivet är en förutsättning för hälsan. Det betyder att samhället bör sträva efter hög sysselsättning, en god psykisk och fysisk arbetsmiljö och att utslagning och diskriminering bekämpas.

4. Skapa en god fysisk miljö

Rent vatten, avlopp, ren luft och en giftfri miljö är nödvändigt för en god hälsa. Olika produkters inverkan på hälsan måste uppmärksammas. Miljön i form av naturen och rekreativsmöjligheter har en viktig inverkan på människors möjligheter till återhämtning.

5. Stimulera hälsofrämjande levnadsvanor

Människors levnadsvanor kan påverkas genom att stärka individen till att göra bra val. Samhället bör påverka de miljöer där ohälsosamma levnadsvanor skapas. Av solidaritet med dem som är särskilt sårbara måste vissa restriktioner när det gäller tillgång till t.ex. alkohol och tobak finnas.

6. Utveckla en god infrastruktur för hälsofrågor

Samhällets stödsystem för främjande av en god hälsa är väsentligt. Det är viktigt att staten, landstingen och kommunerna utvecklar det hälsofrämjande arbetet. Ett särskilt ansvar har hälso- och sjukvården.

Kap. 6 Nationella mål för folkhälsan

Nationella folkhälsokommittén föreslår 18 hälsopolitiska mål med inriktning på bestämningsfaktorerna för hälsan resp. den infrastruktur som behövs för att kunna påverka hälsan. Kapitlet inleds med en beskrivning av hur de olika målen påverkar den psykiska hälsan, sjukdomar och skador. Varje mål konkretiseras i några delmål. Samtliga mål innehåller även vissa åtgärder som är kopplade till olika aktörer samt indikatorer som visar hur de olika målen skall kunna följas upp.

Mål 1 Stark solidaritet och samhällsgemenskap

Hälsan påverkas av hur sociala relationer ser ut på samhällsnivån och genom de sociala band som finns mellan människor. Ett samhälle som präglas av gemenskap mellan människor kännetecknas av en hög grad av ekonomisk och social sammanhållning och med levnadsvillkor som inte skiljer sig allt för mycket mellan olika sociala och etniska grupper. Minskad fattigdom, minskad boendesegregation och kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden är därför angelägna mål för att främja hälsan.

Mål 2 Stödjande sociala miljöer för individen

Människors hälsa formas i ett samspel mellan individuella förutsättningar och den omgivande sociala miljön. Isolering, ensamhet och otrygghet är riskfaktorer för hälsan. Att känna delaktighet, ha möjlighet att påverka sitt liv och ha en känsla av sammanhang är faktorer som gör människor mindre sårbara. En viktig uppgift är att främja stödjande miljöer i lokalsamhället och ge människor möjlighet till delaktighet i förenings-, bildnings- och kulturverksamhet.

Mål 3 Trygga och jämlika uppväxtvillkor

Människors fysiska och psykiska hälsa grundläggs i barndomen. Att främja en trygg anknytning mellan barnet och föräldrarna påverkar den psykiska hälsan. De sociala och ekonomiska villkor som föräldrarna lever under påverkar barnens hälsa. Nära hälften av ohälsan hos barn kan härledas från de omständigheter som familjer lever under. För att barn skall ges goda uppväxtvillkor är en hälsofrämjande förskola och skola av betydelse.

Mål 4 Hög sysselsättning

Förvärvsarbete är för de flesta människor den viktigaste källan till försörjning. Arbetet är en viktig bas för människors identitet och sociala liv och får därmed effekter också på hälsan. Arbetslöshet påverkar hälsan. Kommittén vill därför betona betydelsen av hög sysselsättning, ingen diskriminering av invandrare och funktionshindrade på arbetsmarknaden och goda möjligheter för alla till livslångt lärande.

Mål 5 God arbetsmiljö

Arbetets villkor, arbetets förläggning i tid och rum och anställningsformer genomgår stora förändringar. Att förändringarna på gott och ont påverkar människors liv och hälsa är uppenbart, men kunskaperna är otillräckliga. Den snabba ökningen av stressrelaterade långtidssjukskrivningar antyder att förändringarna på arbetsmarknaden kan vara ett hot mot folkhälsan på sikt. Kommitténs mål om en god arbetsmiljö handlar om en anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet och minskat övertidsarbete. För att få ytterligare kunskap om vilken betydelse som strukturförändringen i arbetslivet har för hälsoutvecklingen föreslår kommittén att en Arbetslivskommission tillsätts.

Mål 6 Tillgängliga grönområden för rekreation

För att människor skall få nya krafter och kunna ta till sig nya tankar och impulser behövs möjligheter till återhämtning genom vila och rekreation. Man vet idag att naturen är en särskilt läkande kraft mot olika stresstillstånd. Kommittén påtalar därför behovet av bullerfria och säkra grönområden i närheten av bostadsområden, stimulerande förskole- och skol-

Mål 7 Sunda inne- och utemiljöer

De faktorer som är särskilt angelägna att uppmärksamma när det gäller inomhusmiljön är förekomst av radon, fukt och otillräcklig ventilation samt utsatthet för passiv rökning. När det gäller utemiljön framhåller kommittén betydelsen av en god bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft, rent dricksvatten och en giftfri miljö enligt Miljömålskommitténs förslag.

Mål 8 Skadesäkra miljöer och produkter

Det är en viktig hälsofråga att skapa miljöer som minskar risken för skador. Skador kan vara en konsekvens av oavsiktliga händelser som olycksfall, men även av avsiktliga händelser som våld, självmord och självmordsförsök. Det är främst skador på grund av olycksfall som kan förebyggas med skadesäkra miljöer, men även förekomsten av självmord och våld kan i viss mån påverkas genom miljöns utformning. Kommittén vill därför fästa uppmärksamheten på betydelsen av skadesäkra hemmiljöer, trafikmiljöer och andra offentliga miljöer. Dessutom är en minskad användning av hälsofarliga och allergiframkallande produkter angelägen. Att förebygga självmord är en synnerligen viktig del av folkhälsoarbetet. Med goda insatser på olika samhällsområden går självmord att förebygga.

Mål 9 Ökad fysisk rörelse

Kroppen är beroende av fysisk aktivitet för att må bra. I dagens samhälle rör vi oss för lite. Det ökande stillasittandet är ett hot mot hälsan på sikt. En halvtimmes måttlig fysisk aktivitet per dag är tillräckligt för att minska risken för många sjukdomar. Det är därför av vikt att den fysiska aktiviteten i skolan och i anslutning till arbetet ökar. Samhället har ett särskilt ansvar för att äldre får komma ut och att funktionshindrade får möjlighet att röra sig på sina egna villkor.

Mål 10 Goda matvanor

Maten och våra matvanor påverkar vår hälsa. En riktigt sammansatt kost har en stor betydelse för hälsan, både genom att främja och bevara god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. De flesta är idag medvetna om betydelsen av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Samhället har ett stort ansvar för att se till att de livsmedel som finns är säkra, att livsmedelsmärkningen fungerar och att det finns ett bra utbud i hela landet. Dessutom är det viktigt att alla har tillgång till opartisk information om samband mellan matvanor och hälsa samt att de måltider som serveras inom ramen för offentligt finansierad verksamhet är goda och hälsosamma.

Mål 11 Trygg och säker sexualitet

Sexualiteten är en viktig faktor i människors liv och har betydelse för lust och livsglädje. En trygg och säker sexualitet fri från fördomar, diskriminering, tvång, våld och risk för sjukdomar är hälsosam. Kommittén anser att det är angeläget att negativa följder av sexualitet som sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter motverkas och att ingen skall diskrimineras på grund av sexuell läggning.

Mål 12 Minskat tobaksbruk

Tobak är den enskilt största hälsorisk i Sverige. Var fjärde rökare dör i medelåldern av sin rökning och ett stort antal sjukdomar beror på rökning. Rökningens negativa effekter drabbar också personer i omgivningen. I Sverige kan ungefär 500 dödsfall per år tillskrivas passiv rökning. Kommittén anser att insatser bör göras för att kraftigt minska rökningen, att alla skall få en tobaksfri livsstart och att ingen utan eget val skall utsättas för rök i sin omgivning. Kommittén lägger därför lagförslag om licenssystem för detaljhandel med tobak och att tobakslagen ändras så att restauranger och andra serveringsställen görs tobaksfria, i likhet med annan offentlig miljö.

Mål 13 Minskat skadligt alkoholbruk

En stor del av befolkningen uppfattar det som något lustfyllt att dricka alkoholdrycker. Överkonsumtion av alkohol medför dock medicinska skador och sociala problem av stor omfattning. Alkoholen utgör en av de tunga faktorerna bakom våld och olyckor liksom, sjukhusvård och förtidspensioneringar. EU-medlemskapet har förändrat det som tidigare utgjorde viktiga delar av alkoholpolitiken och det svenska samhället står inför en stor utmaning att möta en större tillgång till alkoholdrycker. Ökad information om skadligt alkoholbruk, punktnyktighet och insatser riktade till barn och ungdom kan på sikt minska totalkonsumtionen och alkoholskadorna.

Mål 14 Ett narkotikafritt samhälle

Det är angeläget att tillgången till narkotika minskar och att färre ungdomar använder eller prövar narkotika. För att nå målet måste det förebyggande arbetet förstärkas. Kommittén betonar att det är angeläget att den svenska staten tillsammans med andra länder bekämpar den pågående attitydförskjutningen och ökade tillgången på narkotika.

Mål 15 En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skall vara en uppgift för hela hälso- och sjukvården och en självklar del i all behandling. Insatserna på individ-, grupp- och befolkningsnivå bör bli effektivare. Samverkan inom vården och med andra aktörer bör öka. Ökade insatser för

icke medikamentell behandling för att möta livsstilssjukdomar behövs. Kommittén föreslår att sex regionala metodcentra för detta byggs upp.

Prop. 2002/03:35
Bilaga 1

Mål 16 Ett samordnat folkhälsoarbete

En god hälsa på lika villkor kan nås genom att många aktörer inom sina resp. områden och i samverkan arbetar för att förbättra folkhälsan. I avsnittet föreslås en ny folkhälsolag med ett hälsoplaneringsansvar för kommuner och landsting. Vidare anges behovet av en utredning av samhällsmedicinska funktioner på regional nivå. På myndighetsnivån är det viktigt att sektorsövergripande strategier utvecklas för att nå de nationella målen. Kommittén förordar att en samordning görs inom regeringskansliet av folkhälsofrågorna. En redovisning av den hälsopolitiska situationen och eventuella åtgärder med anledning av det bör ges i en återkommande folkhälsopolitisk rapport till riksdagen. I avsnittet ges förslag till utbildningsåtgärder för att de nationella folkhälsomålen skall få genomslag och hur uppföljning och utvärdering bör genomföras.

Mål 17 Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning

Det finns idag ett behov av ökad kunskap om hur olika faktorer påverkar hälsoutvecklingen samt hur dessa faktorer samverkar med varandra. Folkhälsoforskningens roll belyses och särskilt viktiga områden för forskningen pekas ut. Det finns även behov av att utveckla metoder för folkhälsoarbete. En förutsättning för ett kompetent folkhälsoarbete är att den folkhälsovetenskapliga utbildningen och fortbildningen förstärks.

Mål 18 Saklig hälsoinformation

En av förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor är att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation. I avsnittet beskrivs vad som krävs för att alla skall kunna ta del av saklig information och samhällets ansvar för detta. De olika roller som kommuner, landsting, Apoteket AB, frivilligorganisationer och Folkhälsoinstitutet har belyses.

Kap. 7 Resursbehov under de närmaste åren

Den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsan i Sverige är stor och består av både vårdkostnader och indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, förtidspension och sjukpenning. I kapitlet redovisas samhällsekonomiska kostnader för ohälsan samt exempel på kostnads-effektiva preventiva insatser. Kortsiktiga resursbehov beskrivs och förslag lämnas på särskilda ekonomiska satsningar som kommittén anser behöver göras under de närmaste åren.

Kap. 8 Författningskommentar

Prop. 2002/03:35

Bilaga 1

Allmänna och speciella motiveringar till lagförslag om en ny folkhälsolag, förändringar i tobakslagen angående rökning på restauranger, förslag till ett licensieringssystem för detaljhandel med tobak samt förändring i socialtjänstlagen som kommittén föreslår lämnas här.

1 Förslag till folkhälsolag (2000:000)

Härigenom föreskrivs följande.

- 1 § Med folkhälsa avses i denna lag det allmänna hälsotillståndet i befolkningen och i olika grupper, förekomsten och fördelningen av sjuklighet, skada, funktionsnedsättning och dödsfall, orsakerna till förekomsten och fördelningen liksom konsekvenserna för individ och samhälle samt den förändring som sker över tid i nämnda avseenden.
- 2 § Kommuner och landsting har ett ansvar för att främja folkhälsan.
- 3 § I varje kommun och varje landsting skall det finnas en folkhälsoplan, som utvisar hur undvikbar sjukdom, skada, funktionsnedsättning och dödlighet kan förebyggas och hälsa främjas av kommunens och landstingets hela verksamhet. Av planen skall framgå de åtaganden som planeras för att uppnå en bättre folkhälsa.
- 4 § Kommuner och landsting skall vid upprättande av folkhälsoplanen samverka med myndigheter, organisationer och enskilda för att lösa frågor som har betydelse för folkhälsan. Finns förutsättning för en gemensam lösning, skall den tas tillvara i planeringen.
- 5 § Folkhälsoplanen skall beslutas av kommunfullmäktige respektive landstingsfullmäktige.
- 6 § Kommun och landsting skall på begäran av myndighet som regeringen bestämmer lämna myndigheten uppgifter om fullgörandet av kommunens och landstingets uppgifter enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den...

2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom förskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620) att 5 § skall ha följande lydelse.

Socialnämndens uppgifter

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §

Till socialnämndens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen, informera om socialtjänsten i kommunen, genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Till socialnämndens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen, informera om socialtjänsten i kommunen, genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för *hälsa och* goda levnadsförhållanden, *i övrigt* svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre eller som har funktionshinder.

Denna lag träder i kraft den...

3 Förslag till lag om ändring i tobakslagen (1993:581)

Härigenom föreskrivs i fråga om tobakslagen (1993:581) att 2, 4, 6, 12, 23 och 27 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Begränsning av rökning i vissa lokaler och utrymmen samt på vissa områden utomhus

2 §

Rökning är förbjuden

1. i lokaler som är avsedda för barnomsorg, skolverksamhet eller annan verksamhet för barn eller ungdom samt på skolgårdar och på motsvarande områden utomhus vid förskolor och fritidshem,

2. i lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård,

3. i lokaler som är avsedda för gemensamt bruk i bostäder och inrättningar med särskild service eller vård,

4. på färdmedel i inrikes kollektivtrafik eller i lokaler och andra utrymmen som är avsedda att användas av den som reser med sådana färdmedel,

5. i andra lokaler än sådana som avses i 1–4 när en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning som avses i 2 kap. 1–3 §§ ordningslagen (1993:1617) anordnas och i lokaler som är avsedda att användas av den som deltar i sammankomsten eller tillställningen, *samt*

6. i andra lokaler än sådana som avses i 1–5 om allmänheten har tillträde till lokalerna.

Bestämmelserna i första stycket 5 och 6 gäller inte serveringslokaler i restauranger och andra serveringsställen.

5. i andra lokaler än sådana som avses i 1–4 när en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning som avses i 2 kap. 1–3 §§ ordningslagen (1993:1617) anordnas och i lokaler som är avsedda att användas av den som deltar i sammankomsten eller tillställningen

6. *i restauranger och andra serveringslokaler, samt*

7. i andra lokaler än sådana som avses i 1–6 om allmänheten har tillträde till lokalerna.

4 §

I hotell och andra inrättningar där tillfällig bostad yrkesmässigt upplåts, skall i ett visst antal av de rum eller liknande som upplåts rökning vara förbjuden. I fråga om sovkupeéer och andra utrymmen som upplåts för tillfällig bostad på färdmedel i inrikes kollektivtrafik gäller istället 2 § 4.

Restauranger eller andra serveringsställen som har mer än femtio sittplatser skall, om rökförbud ej föreligger enligt 2 § 1–4, ha sittplatser inom ett eller flera områden där rökning är förbjuden.

6 §

Rökning är trots bestämmelserna i 2 § 2–6 tillåten i delar av de lokaler eller andra utrymmen som avses där, om dessa delar särskilt avsatts för rökning. Detsamma gäller lokaler som avses i 2 § 1 och som är upplåtna enbart för personal.

Rökning är trots bestämmelserna i 2 § 2–5 och 7 tillåten i delar av de lokaler eller andra utrymmen som avses där, om dessa delar särskilt avsatts för rökning. Detsamma gäller lokaler som avses i 2 § 1 och som är upplåtna enbart för personal.

Trots bestämmelsen i 2 § 6 får rökning tillåtas i restauranger eller andra serveringslokaler om separata rum särskilt avsatts för rökning. Rum där rökning tillåts, skall vara belägna så att besökare eller arbetstagare inte mot sin vilja måste vistas i dem. Rummen skall även vara inrättade så att rök inte sprids till andra delar av lokalerna. Servering får inte bedrivas i rum som avsatts för rökning.

Avvikelse från 2 och 4 §§ får göras om det finns särskilda skäl därtill på grund av utrymmets beskaffenhet eller användningssätt eller av omständigheterna i övrigt. Detta gäller i tillämpliga delar även sådana områden utomhus som avses i 2 § 1.

Handel m.m.

12 §

Tobaksvaror får inte säljas eller på annat sätt lämnas ut i näringsverksamhet till den som inte har fyllt 18 år. Den som lämnar ut tobaksvaror skall förvissa sig om att mottagaren har uppnått nämnda ålder.

Om det finns särskild anledning att anta att en tobaksvara är avsedd att lämnas över till någon som inte har fyllt 18 år får varan inte lämnas ut.

12 § a

12 § b

Detaljhandel med tobaksvaror får bedrivas endast av den som har säljtillstånd.

Säljtillstånd skall avse en viss lokal eller ett annat avgränsat utrymme (säljställe).

Frågor om säljtillstånd prövas av den kommun där säljstället är beläget. Ansökan om säljtillstånd görs skriftligen hos kommunen. Kommunen får enligt grunder som beslutas av kommunfullmäktige ta ut avgift för frågor om säljtillstånd.

Säljtillstånd får ges endast till den som visar att han med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt är lämplig att bedriva detaljhandel med tobaksvaror. Vid tillståndsprövningen skall särskild hänsyn tas till om sökanden kan förväntas följa bestämmelserna om handel med och marknadsföring av tobaksvaror samt om han i övrigt är laglydig och benägen att fullgöra sina skyldigheter mot det allmänna.

I samband med beslut om säljtillstånd eller senare får kommunen meddela de villkor som behövs.

Kommunen skall återkalla ett säljtillstånd, om

1. tillståndshavaren inte följer de bestämmelser som gäller för verksamheten eller tillståndet enligt denna lag eller enligt villkor som har meddelats med stöd av lagen, eller

2. de förutsättningar som gäller för meddelande av säljtillstånd inte längre föreligger.

I stället för återkallelse kan tillståndshavaren meddelas varning, om detta kan anses vara en tillräcklig åtgärd.

23 §

För att fullgöra sina uppgifter enligt denna lag har en tillsynsmyndighet rätt att få tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen som berörs av lagen eller av föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och får där göra undersökningar och ta prover. För uttagna prov betalas inte ersättning.

Kronofogdemyndigheten skall lämna den handräckning som behövs för tillsynen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om skyldighet att ersätta en tillsynsmyndighets kostnader för provtagning och undersökning av prov.

Kommunen får enligt grunder som beslutas av kommunfullmäktige ta ut avgift för sin tillsyn enligt denna lag.

Ansvar

27 §

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot 12 § döms för olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst sex månader.

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot 12 § a döms för olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst sex månader.

Är gärningen att anse som ringa döms inte till ansvar.

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bedriver detaljhandel med tobaksvaror utan säljtillstånd döms för grov olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst två år.

Den som har överträtt ett vitesföreläggande eller ett vitesförbud skall inte dömas till ansvar enligt denna lag för gärning som omfattas av föreläggandet eller förbudet.

Bestämmelser om ansvar för olovlig införsel av tobaksvaror finns i lagen (1960:418) om straff för varusmuggling.

Denna lag träder i kraft den...

Politikområden och mål redovisade i regeringens budgetproposition för 2003

I denna proposition lämnar regeringen förslag till ett övergripande nationellt folkhälsomål och elva målområden. Nedan redovisas de av den statliga verksamhetens politikområden som har betydelse för att nå det övergripande folkhälsomålet. Till varje politikområde redovisas målet för politikområdet i regeringens budgetproposition för år 2003. Även myndigheter med ansvar inom målområdet redovisas.

Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Politikområden	Mål
<i>Demokrati inkl. mänskliga rättigheter</i>	Den svenska folkstyrelsen skall värnas och fördjupas.
<i>Mediepolitik</i>	Att stödja yttrandefrihet, mångfald, massmediernas oberoende och tillgänglighet samt motverka skadliga inslag i massmedierna.
<i>Arbetsmarknads- politik</i>	En väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt.
<i>Arbetslivspolitik</i>	Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor.
<i>Jämställdhets- politik</i>	Att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden.
<i>Integrations politik</i>	Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.
<i>Handikappolitik</i>	Att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlighet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder
<i>Storstadspolitik</i>	Att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet (tillväxtmålet) samt

Politikområden	Mål
	att bryta den sociala etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare (segregationsmålet).
<i>Barnpolitik</i>	Barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa
<i>Äldrepolitik</i>	Äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.
<i>Socialtjänst</i>	Stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.
<i>Folkrörelsepolitik</i>	Människor skall ha bästa möjliga förutsättningar att bilda och delta i olika typer av folkrörelser och föreningar.
<i>Kulturpolitik</i>	Att värna yttrandefriheten och skapa reella förutsättningar för alla att använda den, att verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande, att främja kulturell mångfald, konstnärlig förnyelse och kvalitet och därigenom motverka kommersialismens negativa verkningar, att ge kulturen förutsättningar att vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft i samhället, att bevara och bruka kulturarvet, att främja bildningssträvandena samt att främja internationellt kulturutbyte och möten mellan olika kulturer inom landet.

Myndigheter med ansvar inom målområde 1:

Arbetsmarknadsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Arbetslivsinstitutet, Barnombudsmannen, Institutet för arbetsmarknads- politisk utvärdering, Jämställdhetsombudsmannen, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Handikappombudsmannen, Ungdomsstyrelsen, Statens kulturråd, Integrationsverket, Valmyndigheten, Justitiekanslern, Press- stödsnämnden och taltidningsnämnden, Radio- och tv-verket, Nationellt centrum för flexibelt lärande, Högskoleverket, Socialstyrelsen, Statens skolverk.

Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet

Politikområden	Mål
<i>Ekonomisk familjepolitik</i>	Skillnaderna i de ekonomiska villkoren mellan familjer med och utan barn skall minska inom ramen för den generella välfärden
<i>Ekonomisk äldrepolitik</i>	Personer med låg eller ingen inkomstrelaterad pension skall garanteras ett värdesäkrat grundskydd. Efterlevande make skall ges ett rimligt ekonomiskt stöd för att klara omställningen efter dödsfall.
<i>Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp</i>	Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.
<i>Bostadspolitik</i>	Alla skall ges förutsättningar att leva i goda bostäder till rimliga kostnader och i en stimulerande och trygg miljö inom långsiktigt hållbara ramar. Boendemiljön skall bidra till jämlika och värdiga levnadsförhållanden och särskilt främja en god uppväxt för barn och ungdomar. Vid planering och byggande skall ekologisk, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling vara grund för verksamheten.
<i>Arbetsmarknads- politik</i>	En väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt.
<i>Arbetslivspolitik</i>	Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor.
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa.
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.
<i>Socialtjänst</i>	Stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.
<i>Rättsväsendet</i>	Den enskildes rättstrygghet och rättssäkerhet.

Politikområden	Mål
<i>Kriminalpolitik</i>	Minska brottsligheten och öka människors trygghet.
<i>Allmänna bidrag till kommuner</i>	Att skapa goda och likvärdiga ekonomiska förutsättningar för kommunerna och landstingen att uppnå de nationella målen inom olika verksamheter.
<i>Jämställdhetspolitik</i>	Att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden.
<i>Integrationspolitik</i>	Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.
<i>Storstadspolitik</i>	Att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet (tillväxtnålet) samt att bryta den sociala etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare (segregationsmålet).
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.

Myndigheter med ansvar inom målområde 2:

Arbetsmarknadsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Arbetslivsinstitutet, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering Integrationsverket, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, Boverket, Statens bostadsnämnd, Nationellt centrum för flexibelt lärande, Högskoleverket, Socialstyrelsen, Jämställdhetsombudsmannen, Läkemedelsverket, Riksförsäkringsverket, Rikspolisstyrelsen, Brottsförebyggande rådet, Ungdomsstyrelsen, Centrala studiestödsnämnden.

Politikområden	Mål
<i>Barnpolitik</i>	Barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.
<i>Ekonomisk familjepolitik</i>	Skillnaderna i de ekonomiska villkoren mellan familjer med och utan barn skall minska inom ramen för den generella välfärden.
<i>Socialtjänstpolitik</i>	Stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.
<i>Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp</i>	Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.
<i>Jämställdhetspolitik</i>	Att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden.
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa.
<i>Storstadspolitik</i>	Att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet samt att bryta den sociala etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Bostadspolitik Alla skall ges förutsättningar att leva i goda bostäder till rimliga kostnader och i en stimulerande och trygg miljö inom långsiktigt hållbara ramar. Boendemiljön skall bidra till jämlika och värdiga levnadsförhållanden och särskilt främja en god uppväxt för barn och ungdomar. Vid planering och byggande skall ekologisk, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling vara grund för verksamheten.

Integrationspolitik Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.

Handikappolitik Att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder

Kulturpolitik Att värna yttrandefriheten och skapa reella förutsättningar för alla att använda den, att verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande, att främja kulturell mångfald, konstnärlig förnyelse och kvalitet och därigenom motverka kommersialismens negativa verkningar, att ge kulturen förutsättningar att vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft i samhället, att bevara och bruka kulturarvet, att främja bildningssträvandena samt att främja internationellt kulturutbyte och möten mellan olika kulturer inom landet.

Rättsväsendet Den enskildes rättstrygghet och rättssäkerhet.

Kriminalpolitik Minska brottsligheten och öka människors trygghet.

Myndigheter med ansvar inom målområde 3:

Boverket, Brottsförebyggande rådet, Barnombudsmannen, Jämställdhetsombudsmannen, Handikappombudsmannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell

läggning, Integrationsverket, Nationellt centrum för flexibelt lärande, Rikspolisstyrelsen, Statens kulturråd, Statens skolverk, Högskoleverket, Centrala studiestödsnämnden, Socialstyrelsen, Ungdomsstyrelsen, Riksförsäkringsverket.

Prop. 2002/03:35
Bilaga 3

Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet

Politikområden	Mål
<i>Arbetslivspolitik</i>	Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor.
<i>Jämställdhetspolitik</i>	Att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden.
<i>Integrationspolitik</i>	Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.
<i>Handikappolitik</i>	Att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Myndigheter med ansvar inom målområde 4:

Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, Jämställdhetsombudsmannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Handikappsombudsmannen, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket.

Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter

Politikområden	Mål
<i>Miljöpolitik</i>	Att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen i Sverige är lösta.
<i>Bostadspolitik</i>	Alla skall ges förutsättningar att leva i goda bostäder till rimliga kostnader och i en stimulerande och trygg miljö inom långsiktigt hållbara ramar. Boendemiljön skall bidra till jämlika och värdiga levnadsförhållanden och särskilt främja en god uppväxt för barn och ungdomar. Vid planering och byggande skall ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling vara grund för verksamheten.

Politikområden	Mål
<i>Storstadspolitik</i>	Att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet (tillväxtnålet) samt att bryta den sociala etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare (segregationsmålet).
<i>Skydd och beredskap mot olyckor och svåra påfrestningar</i>	Minska risken för och konsekvenserna av olyckor och svåra påfrestningar på samhället i fred och minska lidande och skadeverkningar av olyckor och katastrofer i andra länder.
<i>Transportpolitik</i>	Att säkerställa en samhällsekonomiskt effektiv och långsiktig hållbar transportförsörjning för medborgarna och näringslivet i hela landet.
<i>Konsumentpolitik</i>	Konsumenternas ställning och inflytande på marknaden skall stärkas, inflytandemålet. Hushållen skall ha goda möjligheter att utnyttja sina ekonomiska och andra resurser effektivt, hushållningsmålet. Konsumenternas hälsa och säkerhet skall skyddas, säkerhetsmålet. Sådana konsumtions- och produktionsmönster skall utvecklas som minskar påfrestningarna på miljön och bidrar till en långsiktig hållbar utveckling, miljömålet. Konsumenterna skall ha tillgång till god vägledning, information och utbildning, kunskapsmålet.

Myndigheter med ansvar inom målområde 5:

Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen, Konsumentverket, Socialstyrelsen, Statens strålskyddsinstitut, Statens räddningsverk, Boverket, Vägverket, Vägtrafikinspektionen, Banverket, Sjöfartsverket, Luftfartsverket, Rikstrafiken, Statens jordbruksverk.

Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Politikområden	Mål
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Myndigheter med ansvar inom målområde 6:

Socialstyrelsen, Läkemedelsverket.

Politikområden	Mål
<i>Folkhälsopolitik</i>	Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.
<i>Integrationspolitik</i>	Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.
<i>Livsmedelspolitik</i>	En ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar livsmedelsproduktion.
<i>Djurpolitik</i>	Ett gott djurskydd och ett gott djurhälsotillstånd bland djur i människans tjänst och att viltstammarna förvaltas på ett sådant sätt att oacceptabla skador på människor och egendom inte uppstår.
<i>Miljöpolitik</i>	Att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen i Sverige är lösta.

Myndigheter med ansvar inom målområde 7:

Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Kemikalieinspektionen, Naturvårdsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, Statens jordbruksverk, Statens livsmedelsverk, Jordbruksverket, Integrationsverket, Ungdomsstyrelsen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.

Politikområden	Mål
<i>Folkhälsopolitik</i>	Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa.
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.
<i>Integrationspolitik</i>	Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.
<i>Jämställdhetspolitik</i>	Att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden.
<i>Handikappolitik</i>	Att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlighet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.
<i>Äldrepolitik</i>	Äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.
<i>Kriminalpolitik</i>	Minska brottsligheten och öka människors trygghet.

Myndigheter med ansvar inom målområde 8: Brottsförebyggande rådet, Integrationsverket, Jämställdhetsombudsmannen, Handikappombudsmannen, Läke medelsverket, Rikspolisstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens skolverk, Socialstyrelsen, Ungdomsstyrelsen.

Politikområden	Mål
<i>Folkhälsopolitik</i>	Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa.
<i>Miljöpolitik</i>	Att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen i Sverige är lösta.
<i>Storstadspolitik</i>	Att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet (tillväxtn målet) samt att bryta den sociala etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare (segregationsmålet).
<i>Äldrepolitik</i>	Äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.
<i>Handikappolitik</i>	Att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, jämlighet i levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder
<i>Bostadspolitik</i>	Alla skall ges förutsättningar att leva i goda bostäder till rimliga kostnader och i en stimulerande och trygg miljö inom långsiktigt hållbara ramar. Boendemiljön skall bidra till jämlika och värdiga levnadsförhållanden och särskilt främja en god uppväxt för barn och ungdomar. Vid planering och byggande skall ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling vara grund för verksamheten.
<i>Folkrörelsepolitik</i>	Människor skall ha bästa möjliga förutsättningar att bilda och delta i olika typer av folkrörelser och föreningar.
<i>Idrottspolitik</i>	Ge alla människor möjligheter att motionera och idrotta för att främja en god folkhälsa, att stödja en fri och självständig idrottsrörelse för alla samt att ge människor positiva upplevelser av idrott som underhållning
<i>Transportpolitik</i>	Att säkerställa en samhällsekonomiskt effektiv och långsiktigt hållbar transportförsörjning för medborgarna och näringslivet i hela landet.

Statens folkhälsoinstitut, Boverket, Smittskyddsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin, Statens skolverk, Nationellt centrum för flexibelt lärande, Högskoleverket, Vägverket, Vägtrafikinspektionen Naturvårdsverket, Handikappombudsmannen, Socialstyrelsen.

Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel

Politikområden	Mål
<i>Folkhälsopolitik</i>	Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
<i>Barnpolitik</i>	Barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa.
<i>Konsumentpolitik</i>	Konsumenternas ställning och inflytande på marknaden skall stärkas, inflytandemålet, hushållen skall ha goda möjligheter att utnyttja sina ekonomiska och andra resurser effektivt, hushållningsmålet konsumenternas hälsa och säkerhet skall skyddas, säkerhetsmålet sådana konsumtions- och produktionsmönster skall utvecklas som minskar påfrestningarna på miljön och bidrar till en långsiktig hållbar utveckling, miljömålet, konsumenterna skall ha tillgång till god vägledning, information och utbildning, kunskapsmålet.
<i>Integrationspolitik</i>	Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund,

Politikområden	Mål
	en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.
<i>Livsmedelspolitik</i>	En ekologisk, ekonomiskt och socialt hållbar livsmedelsproduktion.
<i>Miljöpolitik</i>	Att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen i Sverige är lösta.

Myndigheter med ansvar inom målområde 10:

Statens folkhälsoinstitut, Institutet för psykosocial medicin, Ungdomsstyrelsen, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens skolverk, Nationellt centrum för flexibelt lärande, Höskoleverket, Konsumentverket, Integrationsverket, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Smittskyddsinstitutet, Statens jordbruksverk, Statens livsmedelsverk, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen, Sveriges Geologiska Undersökning.

Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Politikområden	Mål
<i>Folkhälsopolitik</i>	Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.
<i>Skatt, tull och exekution</i>	Eftersträvade skatt-, tull- och avgiftsintäkter skall säkerställas på ett rättssäkert och ekonomiskt effektivt sätt samtidigt som enkelhet skall eftersträvas och brottslighet motarbetas.
<i>Rättsväsendet</i>	Den enskildes rättstrygghet och rättssäkerhet.
<i>Kriminalpolitik</i>	Minska brottsligheten och öka människors trygghet.
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>	Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.
<i>Barnpolitik</i>	Barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.
<i>Ungdomspolitik</i>	Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet och ungdomars engagemang, inflytande och kritiska tänkande skall tas tillvara som en resurs.

Politikområden	Mål
<i>Utbildningspolitik</i>	Sverige skall vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande för tillväxt och rättvisa.
<i>Socialtjänst</i>	Stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn.
<i>Livsmedelspolitik</i>	En ekologisk, ekonomiskt och socialt hållbar livsmedelsproduktion.
<i>Finansiella system och tillsyn</i>	Att det finansiella systemet skall vara effektivt och tillgodose såväl samhällets krav på stabilitet som konsumenternas intresse av ett gott skydd, att tillsynen skall bedrivas effektivt, att kostnaderna för statsskulden långsiktigt minimeras samtidigt som risken beaktas, samt att statens finans- och kapitalförvaltning bedrivs effektivt
<i>Folkrörelsepolitik</i>	Människor skall ha bästa möjliga förutsättningar att bilda och delta i olika typer av folkrörelser och föreningar.

Myndigheter med ansvar inom målområde 11:

Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin, Tullverket, Brottsförebyggande rådet, Rikspolisstyrelsen, Läke­medelsverket, Ungdomsstyrelsen, Riksskatteverket, Socialstyrelsen, Statens livsmedelsverk, Statens jordbruksverk, Statens skolverk, Lotteriinspektionen.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 19 december 2002

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Winberg, Ulvskog, Lindh, Sahlin, Pagrotsky, Östros, Messing, Engqvist, Lövdén, Ringholm, Bodström, Karlsson J. O., Sommestad, Karlsson H., Nykvist, Lund, Andnor, Nuder, Johansson, Hallengren, Björklund

Föredragande: statsrådet Johansson

Regeringen beslutar proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan