

DEL 4 – AKTÖRER I FOLKHÄLSO- ARBETET

16 Individens och samhällets ansvar för hälsan¹

16.1 Inledning

16.1.1 Tidigare behandling

I sitt inledande betänkande *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1998:43) gör Nationella folkhälsokommittén en distinktion mellan ansvaret för individers hälsa, dvs. individers risk för sjukdom och sjukdomars förlopp och ansvaret för en befolknings hälsa, dvs. folkhälsan. Ansvaret för individers hälsa anges vara ett samspel mellan individ och samhälle, medan folkhälsan i högre grad ses som ett ansvar för samhället.

I *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137) behandlas kortfattat frågan om individens respektive samhällets ansvar för hälsan. Kommittén konstaterar att den enskilde har ett grundläggande ansvar för sin egen hälsa. Det sociala nätverket och familjen ger viktiga förutsättningar för den enskilde att ta detta ansvar. Samhället kan också skapa stödjande strukturer och miljöer. Om individer och hushåll har goda sociala och ekonomiska resurser kan de lättare styra sina liv. Hälsopolitiken skall utformas med individens behov av integritet som grund.

Kommittén konstaterar samtidigt att samhället i vissa fall kan behöva ingripa för att skydda befolkningen, exempelvis mot smittsamma sjukdomar. Samhället kan vidare genom särskilda insatser underlätta individens val av hälsosamma alternativ.

Flera remissinstanser menar, utifrån delvis skilda utgångspunkter, att frågan om individens respektive samhällets ansvar behandlas alltför magert i delbetänkandet (SOU 1999:137). *Folkhälsoinstitutet* (FHI) uppmärksammar de nya förutsättningar som det framväxande informationssamhället skapar. FHI pekar också på att samhället kan stödja personliga förutsättningar, som ger en grund för en god hälsa. *Svenska Arbetsgivareföreningen* (SAF) anser att den enskildes grundläggande

¹ Kapitlet är skrivet av konsult Sven-Eric Bergman.

ansvar för sin egen hälsa försvinner i betänkandets senare delar. SAF tolkar detta som ett uttryck för paternalism. *Moderata Kvinnoförbundet* är inne på liknande tankegångar och förordar att kommittén ägnar mer kraft åt respekten för individiden och dennes hälsa. *Jämtlands läns landsting* hävdar, i motsats till detta, att samhället har ett stort ansvar när det gäller att skapa goda förutsättningar för hälsa.

16.1.2 Syfte och uppläggnig

Detta kapitel syftar till att ge en analysram för att diskutera individens respektive samhällets ansvar samt för interaktionen mellan dessa båda ansvar; vilka processer och verkningsmekanismer är väsentliga att förstå som ett underlag för diskussionen? Den utgör ett underlag för kommitténs ställningstagande till hur avvägningen mellan individens och samhällets ansvar för hälsan skall göras.

Inledningsvis behandlas *principerna* för individens och samhällets ömsesidiga ansvar för hälsan (avsnitt 16.2). Därefter diskuteras olika *motiv* för individen och samhället att ta detta ansvar (avsnitt 16.3).

I avsnitt 16.4 diskuteras samhällets och individens *differentierade* ansvar för hälsan. Diskussionen struktureras på tre olika nivåer:

- Livsstil och levnadsvanor: Tobak, alkohol, narkotika, matvanor, motion, sex och samlevnad, sömnvanor m.m.
- Social miljö: Socialt stöd, sociala nätverk, barnens vuxenkontakter m.m.
- Relevanta politikområden: Arbetsmiljö, arbetslöshet, boende, fysisk miljö, trafik, utbildning, jordbruk och livsmedel, fritid och kultur, socialförsäkring, socialtjänst, hälso- och sjukvård m.m.

Det finns ett inre logiskt samband mellan dessa områden, en slags påverkanstrappa där nästa nivå påverkar dem som ligger före. Den sociala miljön påverkas av policyn på olika politikområden; livsstil och levnadsvanor avgörs delvis av den sociala miljön.

Avsnitt 16.5 slutligen tar upp förändringar som kan påverka ansvarsfördelningen i *framtiden*.

16.2 Individens och samhällets ansvar – ömsesidig påverkan

Det är inte särskilt meningsfullt att ställa individens respektive samhällets ansvar för hälsan antagonistiskt mot varandra. Snarare handlar det om att individen och samhället utifrån olika perspektiv *båda* har ett intresse av att främja hälsan.

Det är å ena sidan uppenbart att individens aktiva insats eller stöd är en nödvändig förutsättning för i stort sett alla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Om inte annat förutsätter en legitimitet för samhällets insatser att dessa är förankrade i individernas uppfattning. Å andra sidan påverkas individens attityder, beteende och ställningstagande av hur samhället ser ut samt av utformningen av olika politikområden.

Historiskt har uppfattningen att hälsovården är det offentliga ansvar och åsikten att ansvaret ligger på individen levt sida vid sida. Det har funnits en bred anslutning till tanken att det behövs insatser från båda hållen. Självfallet har det dock funnits olika uppfattningar om hur dessa ansvar skall *avvägas*. För att ta ett exempel från efterkrigstiden anser säkert de flesta att det är värdefullt med en av samhället tillhandahållen förebyggande mödra- och barnhälsovård och att detta inte inkräktar på den enskildes ansvar för sig själv och sina barn. Mer kontroversiellt är hur långt samhällets ansvar skall sträcka sig i andra avseenden när det gäller barnens fostran.

Grundläggande etiska och (välfärds)politiska synsätt påverkar avvägningen mellan individens och samhällets ansvar. Det finns olika modeller för välfärdspolitikens inriktning och omfattning. Titmuss skiljer mellan den kompletterande modellen (fyller ut vad den privata marknaden och familjen inte klarar), den arbetsinriktade modellen (sociala behov tillgodoses efter förtjänst, genomfört arbete och produktivitet) och den omfördelade modellen (tillhandahåller generella tjänster efter behov).² Esping-Andersen talar om tre system för att få tillgång till stöd och tjänster.³ De bygger på prövning av uppenbara behov, ersättning efter utförda insatser respektive universiell rätt grundad på medborgarskap, bortsett från behov och insatser. Korpi använder sig av en modifikation av Titmuss genom att tala om marginell och

² Titmuss R.M. *Social Policy. An Introduction*. George Allen & Unwin Ltd. London, 1974.

³ Esping-Andersen, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Padstow, 1990.

institutionell socialpolitik.⁴ I ett senare arbete av Korpi (tillsammans med Palme) utvecklas detta till fyra modeller: den behovsprövade modellen, grundskyddsmodellen, den korporativa modellen samt den allmänna standardsskyddsmodellen.⁵ Maktutredningen skiljer mellan universalistisk och marginalistisk välfärdspolitik.⁶

Hur avvägningen mellan olika modeller görs varierar över tiden. Detta har att göra med såväl attityder som materiella förhållanden. Ser man på det historiskt har det funnits olika uppfattningar mellan skilda politiska partier, men även *inom* dessa.

Den offentliga verksamheten har traditionellt organiserats som en *byråkrati* inom ramen för de politiskt givna direktiven. Byråkratin bygger på hierarkin som organisationsprincip, och styrning sker genom normer och direktiv som är genomskinliga; besluten skall kunna förutsägas. Under 1990-talet har vissa marknadsexperiment genomförts. *Marknadens* organisationsprincip utgörs av bytesrelationen mellan två självständiga aktörer. Vinstmöjlighet och finansiella incitament ger styrimpulser.

Varken byråkrati eller marknad ter sig ensamma som lämpliga för att styra och organisera folkhälsoarbetet. *Nätverkets* organisationsprincip är intressegemenskap, och aktörerna samverkar genom påverkan av gemensamma värderingar och uppfattningar; den gemensamma kulturen eller ideologin. När det gäller att hitta former för ett samspel mellan individ och samhälle är nätverk en metafor som därför ligger nära till hands.

Individen utövar sitt grundläggande ansvar för sin egen och sina närmastes hälsa på många olika sätt. Det är exempelvis individen själv som slutligen avgör hur han/hon vill leva när det gäller rökning, alkohol, kost, motion etc. Individen kan också på olika sätt påverka såväl sin egen som andras sociala miljö. Även den fysiska miljön kan relateras till våra individuella val, exempelvis hur vi förbrukar energi.

Det egna sättet att leva påverkas av vilken information och kunskap individen har, vilka praktiska stödåtgärder som står till förfogande, levnadsbetingelserna i stort etc. Den sociala miljön och den fysiska miljön är till stor del beroende av samhällets insatser. När individen tar sitt ansvar för hälsan gör han/hon det inom ramen för de lagar och pro-

⁴ Korpi, W. Socialpolitiken – hundraåring i småblåst. I: *Vägval. Uppsatser om några demokratiproblem*. Brevskolan. Stockholm, 1983.

⁵ Korpi, W. & Palme, J. Socialpolitik, kris och reformer: Sverige i internationell belysning. I: *SOU 1993:16, bilagedel 2*.

⁶ SOU 1990:44. *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport.

gram som samhället svarar för samt med stöd av insatser på olika politikområden.

16.3 Motiv för individen och samhället att ta ansvar för hälsan

16.3.1 Individens motiv

Idéhistoriskt har uppfattningen att den enskilde skall ta ett ansvar för sitt eget liv sin grund i den individualism som från 1600-talet utvecklades i det västerländska politiska tänkandet. Under 1800-talet utvecklades liberalismen. En extremt individualistisk variant var socialdarwinismen, som ville se till att det naturliga urvalet inte rubbades. En reaktion mot detta blev socialliberalismen, som ville kombinera den enskildes ansvar med insatser från staten, främst för att ge lika förutsättningar och hjälp till självhjälp.⁷

Individens ansvar gäller inte bara henne/honom själv. Den omfattar också familjen. Här finns en koppling till den s.k. subsidiaritetsprincipen. Denna princip är fotad i den katolska kyrkans syn på samhälle och familj och innebär att det som kan utföras av enskilda inte *får* utföras av samhället. Det finns skäl att nämna denna princip eftersom den kommit att få stor betydelse för EU:s socialpolitiska grunder. För balansens skull bör dock nämnas att en annan hörnpelare i den katolska socialläran är solidaritetsprincipen, som innebär att det existerar en ömsesidig förpliktelse mellan den enskilde och samhället.⁸

Motiven för den enskilde att ta ansvar för sin egen och sina närmastes hälsa är inte bara idémässiga och moralfilosofiska. Hälsointresset har säkert alltid funnits hos människan. Att vilja vara frisk och få leva länge är eviga värden. För det första handlar det om ett *instrumentellt* värde. Genom att vara frisk får jag tillgång till många andra livsvärlden, i arbetet och på fritiden. Men hälsa har dessutom ett värde i sig, ett *intrinsikalt* värde. Detta att hälsan har blivit något gott eller värdefullt i sig som inte behöver motiveras ytterligare, framstår som speciellt för vår tid.⁹

⁷ Avsnittet bygger till stor del på Qvarsell R. *Vårdens idéhistoria*. Carlsson. Helsingborg, 1996 (1991).

⁸ Påvens encyklika *Människans välfärd*. Katolska bokförlaget. Uppsala, 1991.

⁹ Uddenberg N. & Philipsson S.M. Hälsa som livsmening – en introduktion. I: Uddenberg N. & Philipsson S.M. (red.) *Hälsa som livsmening*. Natur och Kultur, Stockholm, 1989.

En stor grupp människor ser rent av hälsa som det viktigaste i livet, som en livsmening.¹⁰ Andra menar att det goda livet inte förutsätter en god hälsa. Alla människor – oavsett funktionshinder och hälsa – skall ha samma rätt och möjligheter till att leva ett gott liv.

Individens känsla av ansvar för sin hälsa är inte oproblematiske. Hälsan har alltmer fått en moralisk dimension; att vara frisk ses som ett tecken på att man levt rätt. Den gamla synen på sjukdomen som straff har kommit tillbaka i ny tappning. Den medicinska teknikens utveckling har dock lett till att man inte själv kan avgöra om man är frisk eller inte. Undersökningen blir ett sätt för den enskilde att ta ansvar för hälsan. Det ökar beroendet av den medicinska tekniken och dess utövare.¹¹ Om proven visar fel kan de dessutom leda till falsk trygghet eller till oro i onödan.

16.3.2 Samhällets motiv

Motiven för samhället att ta ett ansvar för hälsan kan ses som pendanger till individens. Även på samhällsnivån kan man tala om intrinsikala och instrumentella värden.

Om individerna ser hälsan som ett värde i sig är det naturligt för samhället att också se hälsan som ett välfärds mål i sig. Jämlikhet mellan människor när det gäller dessa värden kan också ses som ett mål. Många, som i övrigt ser skillnader mellan människors levnadsförhållanden som önskvärda eller nödvändiga, anser att hälsan bör vara så jämlikt fördelad som möjligt. Människor vill inte se andra lida om det finns förebyggande åtgärder eller bot.¹²

Värdefrågorna är centrala i de etiska motiven för samhället att ta ansvar för hälsan. Den kristna barmhärtighetstanken om att människor skall hjälpa en sjuk eller skadad är ett ideologiskt fundament för hälso- och sjukvården.¹³

Prioriteringsutredningen lade fast ett antal principer för prioriteringar inom sjukvården; den etiska plattformen. Utredningen ansåg dessutom att dessa principer kan vara styrande även för andra delar av välfärden. Den första principen är människovärdesprincipen; alla människor har lika värden och samma rätt. Den andra är behovs- eller soli-

¹⁰ Jeffner, A. Det viktigaste är att vara frisk. I: Uddenberg, N. & Philipsson, S.M. (red.) *Hälsa som livsmening*. Natur och Kultur, Stockholm, 1989.

¹¹ Uddenberg, N. Hälsa och medicinsk teknik. I: Uddenberg, N. & Philipsson, S.M. (red.) *Hälsa som livsmening*. Natur och Kultur, Stockholm, 1989.

¹² Waltzer, M. *Pluralism och jämlikhet. En teori om rättvis fördelning*. Daidalos. Uddevalla, 1993.

¹³ Qvarsell, R. *a.a.*

daritetsprincipen; resurser skall satsas på de områden där behoven är störst och särskild hänsyn skall tas till grupper som har svårt att göra sina röster hörda. Kostnadseffektivitetsprincipen, för det tredje, innebär att man skall eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.¹⁴

Dessa principer kan också ses som etiska motiv för samhället att ta ett ansvar för hälsan.

Om vi går till de instrumentella motiven handlar de om att samhället genom att ta ett ansvar för hälsan vill nå, eller underlätta att vi kan nå, andra mål i samhället. Grovt kan dessa uppdelas i ekonomiska motiv, rationella motiv och ordningsmotiv.

- Ekonomiska motiv

Under 1700-talet växte befolkningspolitiken fram. Merkantilismen menade att ett rikt land bygger på en stor arbetsför befolkning. Genom en stor befolkning kunde lönerna hållas låga. Det fanns också ett behov av goda soldater.

I en modern tappning handlar de ekonomiska motiven om att en frisk befolkning är mer produktiv och leder till mindre kostnader för vård och omsorg. Synsättet fanns med som ett delmotiv under välfärdssamhällets framväxt. Numera betonas att alla individer har rätt till den hälsa som är individuellt möjlig, inte vad som gagnar samhället i någon snäv ekonomisk mening.

- Rationella motiv

En annan idé från 1700-talet och kopplad till upplysningstanken var att samhället på samma sätt som naturen kan kontrolleras och korrigeras. Genom satsning på anvisningar till den enskilde om bl.a. barnavård för att förhindra sjukdom och dödsfall bland barn och – senare under 1800-talet – om hygien avsåg staten att göra insatser för folkhälsan.

Forskning och utveckling ger nya kunskaper, som samhället kan använda för interventioner och/eller påverkan på den enskilde.

- Ordningsmotiv

När den svenska nationalstaten växte fram och under 1600-talet fick sin förvaltningspolitiska form tog samhället på sig uppgifter för att komplettera husbondens grundläggande ansvar för hans hushåll. Samhällets ansvar behövdes för att ta hand om dem, som inte tillhörde

¹⁴ SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.

något hushåll och som annars kunde skapa socialt kaos. Genom dessa insatser fördes de också undan och blev inte till besvär för andra.

Även idag finns säkerhetsmotiv för att samhället tar ansvar för hälsan. Insatser mot smittsamma sjukdomar är ett exempel på detta.

De motiv, som här angetts för staten, kan också ligga till grund för att andra aktörer tar ett ansvar för hälsan. Näringslivet har ekonomiska motiv för att engagera sig. Filantropiska sammanslutningar och folk rörelser motiveras av etiska och ideella värden. Historiskt har folk rörelser som nykterhetsrörelsen, frikyrkorörelsen och arbetarrörelsen bidragit aktivt till utvecklingen av folkhälsoarbetet i Sverige.

De ovan nämnda motiven för samhället att engagera sig i folkhälsoarbetet är alltså fortfarande i viss omfattning relevanta. Samtidigt har det skett en förskjutning från ett överhetsperspektiv till ett perspektiv som karaktäriseras av att, med respekt för individen, ge förutsättningar för denne att nå bästa möjliga hälsa. Senare års uppmärksamhet på förkrigstidens socialpolitik, särskilt steriliseringsfrågan, illustrerar denna förskjutning. Synsätt som "att lägga livet till rätta" samt "att förädla och rensa människomaterialet från icke dugliga element" utgick ju inte från alla individers möjligheter till en god hälsa, utan från att samhället skulle skyddas. Även om det fanns en strävan att förbättra de grundläggande sociala villkoren så att folkflertalet fick möjlighet till en god hälsa präglades synsättet av ett överhetsperspektiv.

Det har också skett en förskjutning i synen på hur samhällets information om hälsan skall utformas. Från början handlade det om *fostran*, med betydande auktoritära inslag. Den som visste bäst talade om för den fåvitske hur han/hon skulle leva. Fortfarande finns denna inriktning i vissa folkhälsokampanjer, men i ökad utsträckning ges information idag i form av *upplysning*, som den enskilde får hantera själv utifrån sina egna preferenser. Detta gäller exempelvis upplysningen på tobakspaketet om vilka sjukdomar som rökning kan ge upphov till.

16.4 Individens och samhällets differentierade ansvar

16.4.1 Livsstil och levnadsvanor

Individen har själv möjligheter att genom livsstil och levnadsvanor ta ansvar för sin hälsa med avseende på bruk av tobak och alkohol, missbruk av narkotika, matvanor, motion samt sex och samlevnad.

Hur individen gör sina val och ställningstaganden styrs till stor del av den *sociala miljön*. Kontakterna mellan barn och vuxna är bokstavligen av grundläggande betydelse. Sociala nätverk och socialt stöd

påverkar i hög grad. Detta kan individen själv också ta ett delansvar för; närmast för sin familj och sin närmaste omgivning. Men individen kan också, tillsammans med andra, bidra till konstruktiva nätverk i sin närmiljö. Det finns många former för detta, mer eller mindre organiserade och beständiga över tiden.

Samhället tar på olika sätt genom sina insatser på olika politikområden också ansvar för livsstil och levnadssätt. En del av dessa är stödjande, exempelvis i form av strävanden att ge barn och ungdomar bra uppväxtmiljöer, att erbjuda drogfria alternativ, rökfria miljöer och liknande. Konkret stöd ges också via sjukvård och socialtjänst i form av sådant som hälsouppllysning, rökavvänjning och missbrukarvård. Andra är interventionistiska. Exempel på det är program för att genom information eller på annat sätt påverka kost och motion, rökning och alkohol, sex och samlevnad. På vissa av dessa områden är staten direkt reglerande. Genom lagar bestämmer staten vem som får sälja och köpa sprit och tobak samt hur detta skall gå till. Marknadsföring, tillgänglighet och priser är reglerade liksom skatterna. Staten kan också reglera att vissa miljöer skall vara rökfria. Särskilda regler finns mot handel och innehav av narkotika. I en del fall riktas också tvång mot individen för att skydda denne eller andra. Det gäller exempelvis inom smittskyddet för att förhindra spridningen av könssjukdom.

Men också strukturella förhållanden som *miljö och samhälls-ekonomi* har betydelse för livsstil och levnadssätt. Här är det framför allt *samhället* som har att ta ett ansvar.

Det finns skäl att peka på att det i ett öppet samhälle finns många olika aktörer och intressenter, som påverkar människors livsstil. Denna formas på olika sätt. Självfallet har även reklam och internationellt inflytande betydelse.

16.4.2 Social miljö

Individens möjligheter och förutsättningar för att kunna ta ansvar för den sociala miljön har nyss berörts.

Samhället kan genom insatser på olika politikområden påverka den sociala miljön. Det gäller exempelvis arbetsmiljöpolitik, arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik, trafikpolitik, utbildningspolitik samt givetvis socialpolitik. Sociala nätverk, som stärker identitets- och självkänslan, har stor betydelse för såväl somatisk som psykisk hälsa. Genom strategier för förebyggande arbete i bostadsområden och på arbetsplatser kan samhället stärka det formella och informella sociala stödet. Folkkrörelser och föreningar kan vara partners i det arbetet.

Även *miljö och samhällsekonomi* har betydelse för den sociala miljön. Ser vi exempelvis på utvecklingen under 1990-talet, drabbade sysselsättningsproblemen främst ungdomar, invandrare och ensamstående med barn. Den etniska och inkomstmässiga boendesegregationen har ökat, framför allt i storstäderna. Inkomstskillnaderna har generellt ökat. För låginkomsttagarna har socialbidragens relativa betydelse som inkomstkälla ökat. Ensamstående med barn och familjer med fler än tre barn har haft de största försämringarna. Stora grupper har fått ekonomiska svårigheter. Allt detta är exempel på faktorer, som påverkar möjligheterna för individen att ta ansvar för sin hälsa.

16.4.3 Relevanta politikområden

Insatserna på olika politikområden är främst ett ansvar för *samhället*. Men insatserna kan också bestå av ett stöd till individen eller ett stärkande av individens möjligheter. Dessa politikområden i sig behandlas av kommittén på annan plats. Här skall endast ges exempel på några frågeställningar, där samhällets respektive individens ansvar behöver avvägas.

- Arbetsmiljö: Hårdare regler *respektive* ge den enskilde ökade kunskaper.
- Arbetstid: Lag eller förhandling *respektive* fritt val för den enskilde.
- Boende och fysisk miljö: Strängare normer och tillsyn *respektive* mer individuellt inflytande.
- Trafik: Bättre vägar och striktare hastighetsbestämmelser *respektive* bättre förare.
- Kost och motion: Regler, kvalitetskrav, priser/subventioner *respektive* ändrad livsstil.
- Alkohol: Reglering av utminuteringen *respektive* frihet för individen att köpa var han/hon vill under ansvar.
- Tobak: Rökförbud på restauranger *respektive* upp till anställda att ta arbete i rökig miljö.

En del insatser från samhället går ut på att försöka skydda den individ som annars kan bli skadad eller sjuk. Andra insatser handlar om att samhället också försöker skydda en tredje part. Bilbälte i baksätet är ett exempel; det är lika mycket ett skydd för passagerarna som sitter fram och slipper få en människa i nacken som det är ett skydd för baksätesspassageraren själv. En typ av frågeställning gäller om det därför är mer motiverat att ha bälte där än t.ex. cykelhjälm, där man inte skadar någon annan än sig själv?

16.4.4 Avslutande reflektioner

En diskussion om individens respektive samhällets ansvar på olika områden ger en mångfacetterad bild. Det finns många olika typer av samband. Avvägningen mellan individens respektive samhällets ansvar måste anpassas till mål och strategier på olika områden. Vi har rört oss från områden där individen själv har stor möjlighet till inflytande (livsstil) till sådana där samhället har det största inflytandet (ekonomi och fysisk miljö). Detta illustrerar hur individens och samhällets insatser stöder och kompletterar varandra.

Diskussionen är "evig" om vad individen själv skall ta hand om och vad vi skall söka kollektiva lösningar på. Den är besläktad med etiska, moralfilosofiska och existentiella frågeställningar om viljans frihet och rätten/plikten att välja. Även om något generellt svar på vad som är individens och samhällets ansvar inte kan ges är diskussionen i sig viktig. En sådan diskussion kan föras på tre ledder.

Den *första* handlar om välfärdspolitiken i stort. Den kände socialforskaren Esping-Andersen påpekade nyligen i en internationell översikt att alla efterkrigstidens välfärdsstater baserade sig på två utgångspunkter. Den ena var att familjen var en stabil kärna. Den andra att den, för det mesta, manlige familjeförsörjaren tjänade tillräckligt mycket för att försörja familjen. Familjen förblev därigenom den institution, som skulle svara för omsorg av barn, äldre och handikappade. Riskerna i dessa välfärdsstater låg framförallt på två områden; sjukdom och åldrande. Det paradoxala idag är att den sneda åldersfördelningen accentuerats samtidigt som hög arbetslöshet och familjens instabilitet har förskjutit riskerna mot de yngre åldersgrupperna. Välfärdspolitiken har inte förändrats för att möta denna nya situation annat än på ett fåtal ställen som i Norden och på Antipoderna. Parallellt har spänningen mellan karriär och familj, ökningen av andelen enpersonshushåll samt den ökande medellivslängden bidragit till en ökad efterfrågan på vård och omsorg. Trots detta är de flesta välfärdsstater, undantaget Skandinavien och delvis Belgien och Frankrike, negativa till *tjänster* inom välfärden och mer inriktade på *transfereringar*.¹⁵

Diskussionen om välfärdsstaten pågår alltså. Var den landar får konsekvenser för avvägningarna av ansvar inom hälsopolitiken.

Den *andra* ledden att föra diskussionen på utgörs av de olika politikområdena; arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik, trafikpolitik osv. Ambitioner och substans på dessa områden leder fram till vilket ansvar det offentliga tar på sig och påverkar också vad som lämnas till

¹⁵ Esping-Andersen, G. The sustainability of welfare states into the twenty-first century. *International Journal of Health Services* 2000; 30:1:1–12.

den enskilde. Det får i sin tur konsekvenser för hälsopolitiken, som omvänt kan influera respektive politikområde.

Den *tredje* ledden för diskussionen utgår från de olika hälsostrategierna och målen. Beroende på hur dessa ser ut diskuteras konkret, och för varje strategi specifikt, hur ansvaret mellan individ och samhälle skall fördelas.

Oavsett på vilken ledd diskussionen förs är det angeläget att analysera hur den framtida utvecklingen kommer att aktualisera förändringarna i ansvarsfördelningen. Det utgör temat för detta kapitelns slutavsnitt.

16.5 Förändringar som kan påverka ansvarsfördelningen i framtiden

Förändringar av ansvarsfördelningen mellan individen och samhället i framtiden kan aktualiseras av flera olika skäl. Grundläggande förskjutningar av värderingar liksom nya sociala strukturer kan ge nya förutsättningar för hälsopolitiken. De aspekter som här skall tas upp är dock mer praktiska och näraliggande: demografin, ett mer heterogent samhälle, den medicinska och tekniska utvecklingen, individens ökade kunskaper samt internationaliseringen.

16.5.1 Den demografiska utvecklingen

Vi har idag, som bekant, världens äldsta befolkning tillsammans med Italien och Japan. 17 procent av befolkningen är 65 år och äldre. Att räkna ut hur många äldre vi skall bli i en (överskådlig) framtid kan synas enkelt: de flesta av oss finns ju här redan idag. Men vad som hänt under den senare delen av 1900-talet är att dödligheten (särkilt bland männen och bland de äldsta) minskat på ett sätt som demograferna inte kunde förutse. Fortsätter den trenden kommer Sverige om 30 år att ha 830 000 personer över 80 år. Det skall jämföras med 450 000 idag; inte långt ifrån en fördubbling alltså. Den stora frågan blir då vad detta kommer att leda till i form av vårdbehövande. Vad händer med sjukhistorien när människan blir äldre?

En hypotes är *utsträckt sjuklighet*. Konsekvensen är att fler äldreår leder till ökat behov av vård och omsorg. Detta är fortfarande vad många forskare tror på. En annan hypotes är *oförändrad sjuklighet*. Det bygger på antagandet om samma sjukhistoria fast vid högre ålder. En tredje hypotes kan vara en *positiv hälsoutveckling*. Det finns ett antal

studier i olika länder, som tyder på att så kan vara fallet, bl.a. en som redovisas i bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000.

Men även med det mest gynnsamma antagandet kommer utvecklingen att leda till större krav på vården. Folkhälsoarbetet kan leda till minskad risk för tidig död och till bättre livskvalitet. Totalt sett leder dock ett sådant arbete till ökade behov för en äldre befolkning; detta kallas ibland för den *medicinska* paradoxen.

Hur de äldre mår är beroende av många förhållanden, inte minst av de sociala relationer man byggt upp tidigare i livet. Individen har ett givet ansvar för detta. Men även samhället har motiv att av jämlikhetsskäl ta mer ansvar för dessa relationer. Det gäller också av ekonomiska skäl, för att förebygga vårdbehov.

16.5.2 Ett mer heterogent samhälle

En stor andel av befolkningen kommer i framtiden att ha sina rötter i andra länder än Sverige. Inom ett decennium kommer var fjärde person att vara första eller andra generationens invandrare. Bland dem har en del tidigare haft sämre förutsättningar när det gäller att uppnå en god hälsa. Det kan leda till ökade behov i högre åldrar.

I sin sammanfattande genomgång konstaterar Kommittén Valfärdsbokslut i betänkandet Valfärd vid vägskäl (SOU 2000:3) att försäkringar framträder för framför allt tre grupper, nämligen utrikes födda personer, ensamstående mödrar och yngre personer. Dessa grupper har fått vidkännas en kraftigt minskad sysselsättningsnivå under 1990-talet, vilket avspeglats i att de i högre grad än andra fått ekonomiska problem. De utrikes födda, ensamstående mödrar och yngre har drabbats hårdare än andra också när det gäller andra aspekter av välfärden. Exempelvis tycks det psykiska välbefinnandet framför allt ha förvärrats för yngre personer. Utrikes födda personer uppvisar särskilda brister vad gäller politiska resurser och social förankring. Ensamma mödrar är i större utsträckning än många andra grupper utsatta för våld och hot om våld. Det bör tilläggas att de långtidsarbetslösas ekonomiska situation blivit alltmer pressad under 1990-talet.¹⁶

Ser vi på ohälsan skedde det under den första delen av 1990-talet en ökning av den självskattade ohälsan, följt av en tendens till minskning från mitten av decenniet. Ohälsan är inte jämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper; äldre, kvinnor, utrikes födda och arbetare är grupper med relativt sett högre förekomst av hälsoproblem än yngre, män, svenskfödda och tjänstemän. Skillnaderna här har dock inte ökat under

¹⁶ SOU 2000:3.

1990-talet; här handlar det antagligen om längre inkubationstider. Ett annat mått är dödligheten. Den har sedan lång tid tillbaka minskat och den utvecklingen har fortsatt under decenniet. Män uppvisar högre dödlighet än kvinnor, men skillnaderna tenderar att minska. Arbetare har högre dödlighet än tjänstemän. Utvecklingen under 1990-talet har inneburit att klasskillnader i dödlighet hållit sig oförändrade bland män men ökat bland kvinnor. Kvinnor i okvalificerade arbetaryrken är en av de få grupper för vilka dödligheten inte gått ner under perioden.

Om denna utveckling fortsätter kan det få konsekvenser för folkhälsan och för fördelningen av ansvaret mellan individ och samhälle. Ett antal frågor måste därför diskuteras utifrån den grundläggande inställning till spänningen mellan individens frihet och det sociala sammanhanget individen lever i:

- Vilka är implikationerna för individens och samhällets ansvar för hälsan?
- Förändras individens förmåga och möjligheter att forma sitt liv?
- Måste samhället särskilt överväga hur de sämst ställda grupperna skall kunna ges bättre förutsättningar?

16.5.3 Den medicinska och tekniska utvecklingen

Den medicinska och tekniska utvecklingen kommer naturligtvis också att ha betydelse framöver. Till stor del handlar detta mer om sjukvården än om hälsovården. Men det är inte svårt att se exempel på områden som också kan få betydelse för att främja hälsan och förebygga sjukdomar. Framsteg inom *molekylärgenetik* har identifierats som en av de teknologiska trender som kommer att få störst betydelse under de närmaste decennierna. Medicinsk *bioteknologi* kan ses som verktyget för att använda de ökade kunskaperna från molekylärgenetiken i praktisk sjukvård. *Bioingenjörskonsten* applicerar ingenjörsprinciper på våra ökade kunskaper om den mänskliga biologin genom framsteg på områden som cellbiologi och nya material.¹⁷

En annan del av den tekniska utvecklingen rör *IT och telekommunikation*. Den utvecklingen ger nya förutsättningar för kontakter mellan patienter, mellan patienten och sjukvården samt inom olika delar av sjukvården.

¹⁷ Se vidare t.ex. Robert, G. Science and Technology. In: *Policy futures for UK health*. Nuffield Trust, 1999.

16.5.4 Ökade kunskaper hos individen

Individens kunskaper om hälsa och vård förbättras och att den enskildes vilja och förmåga till deltagande ökar. Detta underlättas också av den nya informationstekniken, som gör det lättare att söka och finna kunskap. Individerna kommer att bli mer aktiva. Det innebär bl.a. att de kommer att hämta information från 'hjälp Dig själv'-böcker, videos och databaser och ständigt fråga efter mer. De kommer också att kräva bevis på kvalitet och expertkunnande.

Under de två sista decennierna av 1900-talet mer än fördubblades antalet akademiker i Sverige. Antalet gymnasieutbildade ökade under samma period med 65 procent. Högutbildade och högavlönade har större krav på sjukvården. Morgondagens patient kommer att vara en krävande konsument och en medveten konsument.

Denna utveckling kommer att ge individerna större förutsättningar att ta ansvar för sin egen och de närståendes hälsa. Men det finns också risker i utvecklingen. Dessa risker har att göra med den enskildes begränsade förmåga att kunna värdera informationen. Starka multinationella kommersiella intressen leder till behov av insatser från samhället för att skydda konsumenten och öka möjligheterna för individen att kunna hitta och välja rätt när det gäller tjänster och produkter. Här avses sådana tjänster och produkter med koppling till livsstilen som individen kan påverka. Stora delar av det som inverkar på den enskildes hälsa, som t.ex. stressfaktorer av olika slag, ligger dock inte enbart på individnivån.

16.5.5 Internationaliseringen

Det ökande internationella kontaktmönstret kan i olika avseende tänkas påverka individens respektive samhällets ansvar. Detta kan ske på flera olika sätt.

- Institutionella förändringar: Exempelvis förändringar av EU:s regler och normer.
- Globaliserad information: Exempelvis via Internet.
- Globaliserade konsumtionsmönster: Exempelvis genom marknadsföring samt fri rörlighet av varor, tjänster och kapital.

Det är inte självklart i vilken riktning denna påverkan kommer att gå. I vissa avseenden kommer hälsoeffekterna att vara positiva, i andra kommer de att medföra ökade risker. Internationaliseringen kan också leda till förskjutningar av maktförhållanden och att skilda grupper påverkas i olika grad.

16.5.6 Slutsatser

Informationssamhället och utbildningssamhället kopplat till mer omfattande marknadsföring och reklam gör att medborgarna kommer att få mycket mer kunskaper idag än tidigare, även om budskapen också kan antas bli förvirrande i viss utsträckning och ibland felaktiga. Samhällets roll bör mot den bakgrunden vara att tillhandahålla en vetenskapligt baserad saklig information om vad som påverkar hälsan.

En annan aspekt är människors förmåga och möjlighet att också själva organisera sånt som är bra för hälsan; kooperativ, anonyma alkoholister, pensionärer som ordnar promenader för att nämna några exempel. Detta kan leda till delvis nya former för ett gemensamt ansvarstagande mellan individen och samhället. Det finns skäl för Sverige att söka ta del av erfarenheter från olika länder med skilda traditioner på detta område. En viktig fråga blir hur samhället kan stödja denna utveckling.

Den framtida utvecklingen reser nya krav på folkhälsoarbetet. Enbart individens eget ansvar räcker inte. Individens levnadsmöjligheter påverkas av sociala och ekonomiska strukturer. En förutsättning för att alla individer skall kunna göra ett eget val är att alla har någorlunda lika utgångspunkter. Samhället har ett ansvar för detta; genom den generella välfärdspolitiken och den ekonomiska politiken liksom genom konkreta insatser på en mängd olika politikområden.

17 Myndigheternas samverkan och ansvar inom folkhälsoområdet¹

17.1 Inledning

Nationella folkhälsokommittén redovisade i sitt första delbetänkande (SOU 1998:43) att ett stort antal myndigheter inom olika sektorer har verksamheter som påverkar folkhälsan. För att få en närmare kunskap om folkhälsoaspekterna av det arbete som utförs har kommittén genomfört en kartläggning och analys av 32 myndigheters och tre andra nationella aktörers verksamheter. Myndigheterna är följande:

Arbetskyddsverket, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmarknadsverket, Barnombudsmannen, Boverket, Brottsförebyggande rådet, Folkhälsoinstitutet, Glesbygdverket, Handikappombudsmannen, Institutet för psykosocial medicin, Integrationsverket, Jämställdhetsombudsmannen, Kemikalieinspektionen, Konsumentverket, Kriminalvårdsverket, Läke-medelsverket, Naturvårdsverket, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Riksförsäkringsverket, Rikspolisstyrelsen, Räddningsverket, Skolverket, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens institut för handikappfrågor i skolan, Statens jordbruksverk, Statens livsmedelsverk, Statens strålskyddsinstitut, Ungdomsstyrelsen och Vägverket.

Övriga tre aktörer är Apoteket AB, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Frågor har ställts till respektive aktör om verksamhetens inriktning, mål och författningsstöd, metoder ("verktyg") i verksamheten samt vilka nivåer verksamheten riktas till – nationell, regional respektive lokal nivå. Vidare har frågor ställts om verksamhetens betydelse från folkhälsosynpunkt, former för samverkan med andra aktörer och ansvarsfördelningen mellan aktörerna. Samtliga aktörer har också fått

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat. Texten sammanfattar delar av sekretariatets rapport till kommittén, Myndigheternas folkhälsoansvar – en kartläggning och analys av roller och ansvar inom folkhälsoområdet, Underlagsrapport nr 19, Stockholm: Nationella folkhälsokommittén 2000.

frågor om vilken syn de har på de förslag till mål och åtgärder som kommittén redovisade i sitt andra delbetänkande (SOU 1999:137). Aktörernas svar redovisas i sin helhet i Underlagsrapport nr 19, Myndigheternas folkhälsoansvar – en kartläggning och analys av myndigheternas roller och ansvar inom folkhälsoområdet.

I detta kapitel skall formerna för samverkan och ansvarsfördelningen mellan aktörerna redovisas så som samverkan respektive ansvarsfördelningen framträder i svaren. Vidare skall en bedömning göras av behovet av sektorsstrategier på myndighetsnivån mot bakgrund av den bild som framträder genom svaren. Vid redovisningen grupperas aktörerna enligt de sakområden som kommittén belyser i SOU 1999:137; arbetsmiljö, arbetsmarknad, ekonomisk trygghet, inommiljö, utemiljö, rekreation, mat och matvanor, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, narkotika, läkemedel, skador, hudcancer, allergier, sexuellt överförbara sjukdomar (STD), barn och ungdom, äldre och invandrare. Vidare anges att några aktörer har en områdesövergripande inriktning i sin verksamhet.

17.2 Aktörernas redovisning av samverkan

I avsnittet redovisas aktörernas svar beträffande samverkan inom de olika sakområdena. Samverkan finns inom i stort sett alla sakområden, men i varierande grad.

17.2.1 Områdesövergripande inriktning

Folkhälsoinstitutet uppger att inom praktiskt taget samtliga av institutets programområden har samverkansgrupper etablerats på nationell nivå. Inriktningen har varierat över tiden och gällt t.ex. samordning inom skolans område, utarbetande av gemensamma policies och samverkansprojekt, t.ex. allergisatsningen "Inne 99" och den statistikgrupp som arbetar för att få fram bättre statistik kring alkohol- och narkotikafrågorna.

Inom institutet finns den s.k. generaldirektörsgruppen för folkhälsofrågor med tjugotalet myndigheter inkl. kommun- och landstingsförbunden. Via den s.k. Nationella samrådsgruppen, där Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ingår, sker kontinuerligt informations- och erfarenhetsutbyte, stöd till Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, liksom samordning av insatser riktade till landsting och kommuner.

Folkhälsoinstitutet arbetar med nätverk både som metod och organisationsform. Folkhälsoinstitutet är engagerat i följande nätverk och motsvarande: Nätverket för folkhälsoarbete i medelstora städer, Nätverket för folkhälsoarbete i större städer, Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, En säker och trygg kommun, Landstingens kontaktpersoner i skadepreventiva frågor, Svenska hjälminitiativgruppen, Folkhälsoinstitutets samverkansgrupp för myndigheter i skadepreventiva frågor, Aids-rådet, Landstingens och storstadsregionernas kontaktpersoner för hiv/STD, Nationell samverkansgrupp mot hiv/STD, Allergianpassade kommuner, Länskontaktpersoner för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, Svenskt nätverk för tobaksprevention, Hälsofrämjande sjukhus, Nätverket hälsofrämjande skola, Svensk förening för folkhälsoarbete, Referensgruppen för regionalt och lokalt folkhälsoarbete inom området kost och fysisk aktivitet och Nätverk för folkhälsoarbete bland äldre.

Socialstyrelsen bedriver en mycket bred samverkan såväl nationellt som internationellt. I folkhälsofrågor sker ett nära samarbete med Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Socialstyrelsen har bl.a. tillsammans med dessa tre initierat bildandet av Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete. Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet är representerade i EpC:s styrelse och stöder verksamheten ekonomiskt. Med Folkhälsoinstitutet upprättas årligen ett avtal där samarbetet närmare preciseras.

Bland Socialstyrelsens samarbetspartners i hälsoskydds-, smittskydds- och folkhälsofrågor kan också nämnas Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Boverket, Institutet för miljömedicin, Integrationsverket, Jordbruksverket, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Läkeemedelsverket, Naturvårdsverket, Riksförsäkringsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens institut för kommunikationsanalys, Skolverket, Smittskyddsinstitutet, Statens Veterinärmedicinska anstalt, Statistiska centralbyrån, Vägverket samt Strålskyddsinstitutet. Inom verkets samtliga verksamheter bedrivs ett brett internationellt arbete.

Svenska Kommunförbundet och *Landstingsförbundet* har ett fördjupat samarbete bl.a. inom folkhälsoområdet. En gemensam beredning mellan de båda förbunden där folkhälsofrågor sorterar har börjat sitt arbete fr.o.m. den 1 juli 2000. Förbunden ingår i ett flertal nätverk. Bl.a. stödjer Svenska Kommunförbundet gemensamt med Landstingsförbundet och Folkhälsoinstitutet Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, vilkas medlemmar huvudsakligen består av kommuner och landsting men även av organisationer och föreningar.

17.2.2 Arbetsmiljö

Inom arbetsmiljöområdet förekommer nära samverkan mellan olika tillsynsmyndigheter. *Arbetarskyddsverket* samverkar bl.a. med Socialstyrelsen, Sprängämnesinspektionen, Elsäkerhetsverket, Sjösäkerhetsverket, Strålskyddsinstitutet, Kemikalieinspektionen och Skolverket. Inom området sker även en bred samverkan mellan Arbetarskyddsverket, Folkhälsoinstitutet, Barnombudsmannen, Länsstyrelsen, Försäkringskassan, Länsarbetsnämnden, Försvarmakten och Arbetslivsinstitutet. Arbetarskyddsstyrelsen skall aktivt samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Formerna för och inriktningen av samverkan varierar beroende på vilken aktör samverkan sker med. Som ett exempel kan nämnas samverkan mellan Yrkesinspektionen och Försäkringskassan om arbetsanpassning och rehabilitering. I samtliga distrikt utom ett, finns ett samverkansavtal och den allmänna bedömningen är att effektiviteten har ökat påtagligt när det gäller tillsynen av hur arbetsgivarna sköter sin arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Samverkan mellan Arbetarskyddsverket och andra myndigheter bedrivs i Cesargruppen som är en central samverkansgrupp för arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor. Förutom Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket ingår sedan något år Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i gruppen. Cesargruppen har fungerat som styrgrupp för utvärderingen av det s.k. FRISAM-projektet.

Tillsammans med arbetsmarknadens parter, handikapporganisationer och andra myndigheter ingår Arbetarskyddsstyrelsen i Arbetsmarknadsverkets delegation för yrkesinriktad rehabilitering. Styrelsen ingår också i Riksförsäkringsverkets Socialförsäkringsdelegation. Härigenom kan information om nyheter som rör andra myndigheters rehabiliteringsverksamhet snabbt komma ut till berörda personer av Arbetarskyddsverket. Yrkesinspektionen genomför relativt få samspektioner med försäkringskassan. Det finns flera hinder för ett förbättrat samarbete mellan Yrkesinspektionen och försäkringskassan. Ett hinder är att båda organisationerna är resursmässigt ansträngda, varför det ibland är svårt att prioritera samverkan framför andra viktiga insatser.

Inom arbetsmiljöområdet sker en bred samverkan mellan *Arbetslivsinstitutet*, Folkhälsoinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning m.fl. När det gäller Arbetslivsinstitutets folkhälsoarbete finns bl.a. genom vissa enheter ett etablerat samarbete med folkhälsoaktörer, t.ex. Folkhälsoinstitutet. Arbetslivsinstitutet har bl.a. haft ett samarbete med

institutet sedan år 1997 vad gäller EU-nätverket Workplace Health Promotion. I januari 2000 genomfördes en konferens om *Framtidens hälsofrämjande arbetsplatser* som samarrangerades av Arbetslivsinstitutet och Folkhälsoinstitutet. Under 1999 genomfördes bl.a. konferensen *Hälsorisker och utmaningar i det nya arbetslivet* tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Rådet för arbetslivsforskning.

Inom stressområdet samarbetar *Institutet för psykosocial medicin* (IPM) med en rad myndigheter, institutioner och organisationer i syfte att åstadkomma ett effektivt utnyttjande av de samlade resurserna för psykosocial miljömedicinsk forskning. Exempel på sådana myndigheter som IPM samverkar med är Folkhälsoinstitutet, Arbetslivsinstitutet samt en rad andra universitet utanför Karolinska institutet. IPM skall också biträda Socialstyrelsen i dess utvecklingsarbete inom den psykosociala miljömedicinen. Myndigheten skall även verka för att erfarenheter och rön från den psykosociala medicinska forskningen blir kända och nyttiggjorda.

17.2.3 Arbetsmarknad

Under 1990-talet lades ett omfattande arbete ned på alla nivåer för att förstärka samverkan i rehabiliteringsfrågor så att en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet uppnås. *Arbetsmarknadsstyrelsen* samarbetar med Arbetarskyddsverket, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket vad gäller dessa frågor. Som exempel på samverkansformer är den tidigare omnämnda Cesargruppen. Samverkan är frivillig och genomförs med egna medel, eget ansvar och egen kompetens med målet att "varje individs arbetsförmåga blir tillvaratagen så att det blir möjligt för den enskilde att försörja sig genom arbete." Det finns också exempel på mer otraditionella projekt. Projekt för t.ex. arbetshandikappade möjliggör för arbetsförmedlingen och Arbetsmarknadsinstitutet att arbeta med sårbara och utsatta grupper. De projekt som genomförts visar på en mångfald av nya grepp och idéer.

Arbetsmarknadsinstitutet samverkar med bl.a. brukarorganisationer och arbetsgivare. Syftet med samtliga projekt är att skapa förutsättningar för sysselsättning och inkomstbringande arbete för arbetsökande med svåra och oftast långvariga funktionshinder. Arbetsmarknadsverkets engagemang inom EU avseende folkhälsoområdet knyter an till arbetsliv och hälsa. Olika initiativ har tagits på alla nivåer inom organisationen. Exempel på samverkansformer är Socialfonden inom EU:s strukturfonder som stöder utvecklingsprojekt för att bekämpa arbetslöshet och Horizon, som syftar till att underlätta för handi-

kappade att få arbete. European Regional Council of World Federation for Mental Health (ERC-WFMH) driver frågor av betydelse för psykiskt och psykosocialt arbetshandikappade. Tillsammans med ILO, CEFEC, the European Network of (Ex.) Users and Survivors of Psychiatry and WAPR samarbetar man med WHO och representanter från ett dussintal länder i EU. European Offender Employment Group (EOEG) arbetar för att reducera kriminalitet inom EU.

Inom området diskriminering främst vad gäller arbetsmarknaden samverkar DO och de övriga ombudsmännen mot diskriminering; *JämO*, *HomO* och *Handikappombudsmannen* och *Integrationsverket*. Samarbetet med dessa myndigheter omfattar bl.a. överläggningar samt utbildningsinsatser om diskriminering. Handikappombudsmannen, JämO, DO och HomO har tagit fram en handbok om hur arbetsgivare kan undvika att diskriminera människor på grund av etnisk bakgrund, funktionsnedsättning, kön eller sexuell läggning. Handikappombudsmannen har överläggningar med bl.a. Socialstyrelsen för att utbyta information i syfte att undvika dubbelarbete.

HomO samverkar främst med Folkhälsoinstitutet, de andra ombudsmannamyndigheterna, arbetsmarknadens parter och homosexuellas organisationer. Framförallt genom den intensiva utbildnings- och informationsverksamheten har många samverkansliknande kontakter förekommit även med t.ex. polisväsendet, utbildningssektorn, kommuner och landsting samt internationella organ för bevakning av mänskliga rättigheter.

17.2.4 Ekonomisk trygghet

Samverkan förekommer mellan *Riksförsäkringsverket*, *försäkringskassorna* och *sjukvården*. Försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen har möjligheter att efter överenskommelse använda särskilda Dagmarmedel för insatser inom sjukvården som minskar vårdköer och effektiviserar rehabiliteringen. Medlen kan också användas till insatser som syftar till att förebygga sjukdom.

17.2.5 Innemiljö

När det gäller radonfrågor har *Statens strålskyddsinstitut* tagit initiativ till samarbete mellan berörda myndigheter och organisationer och bildat olika samarbetsgrupper. Institutet leder sedan år 1994 en samarbetsgrupp för de myndigheter som arbetar med radonfrågor. I gruppen ingår förutom Statens strålskyddsinstitut även Arbetarskyddsstyrel-

sen, Boverket, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet. Syftet med gruppen är att informera om vad som pågår inom olika myndigheter och kommuner och att diskutera aktuella radonfrågor.

När det gäller inomhusmiljön föreligger en nära samverkan mellan ett flertal myndigheter med särskild inriktning på folkhälsa. *Boverkets* byggavdelning samverkar t.ex. med Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Statens strålskyddsinstitut, Konsumentverket, Byggnadsrådet, Räddningsverket, Naturvårdsverket samt olika företrädare för den miljömedicinska forskningen. Planeringsavdelningen vid Boverket har omfattande kontakter med ett flertal centrala myndigheter samt länsstyrelserna och kommunerna som har ansvar för att bistå med faktaunderlag för hushållning med mark och vatten. Boverket samverkade med Folkhälsoinstitutet och andra centrala myndigheter, bygg- och fastighetsbranschen, boende m.fl. vad gäller satsningen på det s.k. Innomhusmiljöåret 1999.

Boverket arbetar genom information till byggbranschen, kommuner och enskilda med frågor avseende hur en god inomhusmiljö kan säkerställas. Samverkan sker här med andra statliga myndigheter inom området. När det gäller arbetsplatsplanering har Boverket tillsammans med Naturvårdsverket, Räddningsverket och Socialstyrelsen utarbetat en skrift där en gemensam syn presenteras med inriktning på miljö, hälsa och säkerhet. Ett projekt angående bullerstörningar har genomförts, liksom ett projekt som inventerat vilka kunskaper som finns om hur planering, utformning och förvaltning av bebyggelseområden och av enskilda byggnader påverkar brottsligheten.

17.2.6 Utemiljö

Inom utemiljöområdet sker samverkan mellan *Naturvårdsverket* och *Kemikalieinspektionen* om kemikaliefrågor. Samverkan rör svårnedbrytbara ämnen. Kemikalieinspektionen samverkar fortlöpande med övriga involverade myndigheter samt med fackliga organisationer, miljöorganisationer, forskningsinstitutioner och med industrins organisationer. Samverkan sker på olika nivåer. Kemikalieinspektionen är t.ex. ansvarig som svensk myndighet när det gäller kemikaliefrågor i EU, OECD och FN. Samverkan sker i form av bl.a. generaldirektörsmöten, strategidokument, samarbete i sakfrågor med olika intressenter och i vissa gemensamma uppdrag eller projekt. Inom luftföroreningsområdet samverkar Naturvårdsverket och Energimyndigheten för att fastställa exponering av hälsovådliga ämnen vid vedeldning.

En viktig del för myndigheterna är att driva arbetet för ökad miljöhänsyn och att förbättra olika aktörers möjligheter att ta sitt miljöansvar. Särskilt viktiga bland myndigheterna när det gäller att miljöanpassa vägtransportsektorn är Vägverket, kommunerna, länsstyrelserna och Naturvårdsverket. Frivilligorganisationerna, t.ex. Svenska naturskyddsföreningen, spelar en stor roll genom att sprida information och bilda opinion.

Inom området stadsmiljö och trafik förekommer samverkan mellan Vägverket, Boverket, Naturvårdsverket, Folkhälsoinstitutet, Räddningsverket och Socialstyrelsen. Vidare finns Gruppen för nationell samverkan (GNS) som är det centrala organet för samverkan mellan Vägverket, polisen och kommunerna samt NTF. Det viktigaste arbetet har varit att driva på genomförandet av det nationella trafiksäkerhetsprogrammet samt skapa en gemensam syn kring den s.k. nollvisionen och förankra den.

Inom området brott, bebyggelse, och planering sker samverkan mellan Rikspolisstyrelsen, Brottsförebyggande rådet, Boverket och Svenska Kommunförbundet.

17.2.7 Tobak

Inom rökavvänjningsområdet samarbetar *Apoteket AB* med WHO, EuroPharm Forum, Hjärt-Lungfonden, Cancerfonden och Folkhälsoinstitutet. En stor del av samarbetet har rört det tobakspreventiva arbetet med att finansiellt stödja den s.k. ”Sluta röka linjen” – rådgivning per telefon.

17.2.8 Alkohol och narkotika

För att motverka alkoholrelaterad brottslighet och narkotikabrottslighet sker samverkan mellan *Rikspolisstyrelsen* med bl.a. myndigheter inom rättsväsendet, Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN).

På flera håll i landet har polisen under de senaste åren i samverkan med flera andra intressenter förstärkt insatserna mot olovlig hantering av alkohol. Polisen har sedan länge genom olika metoder arbetat för att förebygga förekomsten av olovlig hantering av alkohol, bl.a. genom information till skolungdomar. Svartspriten är ett område som fått ökad aktualitet och som intar en särställning inom området alkohol och brottslighet.

Läkemedelsverket har överläggningar med Folkhälsoinstitutet främst beträffande alkohol- och narkotikafrågor. I frågor som rör teknisk sprit och narkotika samarbetar Läkemedelsverket med bl.a. Tullverket och polisen. Läkemedelsverket har deltagit i utredningar om olaglig sprithantering och lämnat synpunkter på förändringar i narkotikastrafflagen.

Läkemedelsverkets övergripande tillsyns- och uppföljningsuppgifter beträffande teknisk sprit föreslås överföras till Folkhälsoinstitutet den 1 juli 2001 enligt förslag av Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57).

Kriminalvårdsverket samverkar bl.a. med Rikspolisstyrelsen vad gäller drogmisbruk hos personer som sitter i fängelse.

17.2.9 Läkemedel

Inom läkemedelsområdet sker samverkan mellan en rad myndigheter och organisationer. *Läkemedelsverket* har regelbundna kontakter med Socialstyrelsen. Verket samarbetar också med Livsmedelsverket om främst klassificeringsfrågor och frågor om godkännande av produkter samt frågor som rör medel som används för missbruksändamål. Övriga myndigheter som Läkemedelsverket samverkar med är bl.a. Jordbruksverket och Smittskyddsinstitutet, den senare främst inom vaccinationsområdet.

Samarbetet mellan Läkemedelsverket och Apoteket AB avser bl.a. information om workshoprekommendationer och nya läkemedel till distriktsläkare förmedlad av informationsapotekare. Tillsammans med Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), tidigare Spri och Landstingsförbundet har Läkemedelsverket etablerat en knutpunkt på Internet, Svenskt Medicinskt Fönster, om obunden medicinsk information.

17.2.10 Skador

Inom det skadeförebyggande området finns ett antal mer eller mindre permanenta grupper, t.ex. *Folkhälsoinstitutets SAMS-grupp* (samarbetsgrupp i skadepreventiva frågor) där Konsumentverket, Barnombudsmannen, Ungdomsstyrelsen, Vägverket, Skolverket, Socialstyrelsen m.fl. ingår. Folkhälsoinstitutet har ett samordningsansvar för skadepreventiva frågor.

Inom området barns och ungas säkerhet och hälsa (BUS) har *Barnombudsmannen* (BO) i uppdrag att samordna och utveckla säkerhets-

arbetet bland barn och ungdom, vilket sker i ett särskilt nätverk, BUS-nätverket (Barns och Ungas Säkerhet). I nätverket ingår ca 35 olika representanter från centrala myndigheter och organisationer. Opinionsbildning och information är en del av BO:s strategi i BUS. Därutöver ges ett fakthäfte ut om skador och olycksfall bland barn och ungdom med statistik och förteckning över forskningsrapporter och kartläggningar. Tillsammans med Konsumentverket har BO givit ut skriften *Barnets rätt till en säker miljö – lagar och regler*.

Inom området våld mot kvinnor skall polisen bl.a. utveckla samarbetet med andra myndigheter inom rättsväsendet och frivilliga organisationer. Samverkan om trafiksäkerhet sker bl.a. mellan Vägverket, Rikspolisstyrelsen, Naturvårdsverket, Svenska Kommunförbundet samt representanter från länsstyrelserna. Dessa har utarbetat en miljö- och trafiksäkerhetsstrategi som bl.a. behandlar utvecklingen av tätorternas miljö- och trafiksäkerhet. Regional samverkan i skadepreventionsgrupper förekommer även runt om i landet där syftet är att utveckla handlingsprogram som vägledning för att förebygga trafikolyckor.

Det finns fem delegationer knutna till Räddningsverket; delegationen för samordning av räddningstjänst, delegationen för utbildning, delegationen för beredskap mot kärnenergiolyckor, delegationen för transporter av farligt gods och delegationen för samordning av riskfrågor. I delegationerna finns ett urval aktörer inom respektive sakområde representerade. Delegationen för samordning av riskfrågor består av följande organisationer: Vägverket, Banverket, Boverket, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen, Folkhälsoinstitutet, Industrieförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen, Försvarets forskningsanstalt, Överstyrelsen för civil beredskap, Svenska Kommunförbundet, Länsstyrelserna, Rikspolisstyrelsen, Kammarkollegiet och Arbetarskyddsstyrelsen. Övriga delegationer är uppbyggda på motsvarande sätt. Räddningsverket har också inrättat ett nätverk för att arbeta med allmänhetens säkerhet. Där återfinns representanter från ett 15-tal myndigheter och organisationer.

Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Konsumentverket har inom sina respektive områden ansvar för att främja en god hälsa i befolkningen, inkl. ett ansvar för att stödja olycks- och skadeförebyggande arbete, vilket bl.a. lett till att myndigheterna gemensamt lagt fram ett förslag till program för konsument säkerhetsforskning åren 1998–2000.

17.2.11 Hudcancer

När det gäller solstrålning har *Statens strålskyddsinstitut* tagit initiativ till samarbete mellan berörda myndigheter och organisationer och bildat olika samarbetsgrupper. I slutet på 1980-talet tog Strålskyddsinstitutet tillsammans med Socialstyrelsen initiativ till en landsomfattande hälsoupplysningskampanj med målsättningen att få till stånd en tidigare diagnostik och en minskad incidens av elakartade hudtumörer.

Arbetsgruppen för Förebyggande av Strålskador från Solljus (AFSS) bildades för att leda kampanjen. I arbetsgruppen ingår företrädare för en rad berörda myndigheter t.ex. Strålskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen samt organisationer och företag som Cancerfonden och Apoteket AB men också medicinskt sakkunniga inom relevanta ämnesområden. Arbetsgruppen AFSS tjänstgör nu som ett tvärasektoriellt kontaktorgan med uppgift att samordna preventiva insatser mot olika slag av solskador där malignt melanom prioriteras.

17.2.12 Mat och matvanor

Inom livsmedelsområdet förekommer en omfattande samverkan när det gäller kost och hälsa. *Livsmedelsverket* är beroende av en bred samverkan med sin omvärld. Bland de samverkande organen kan nämnas Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Konsumentverket, Jordbruksverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, Jordbruksverket, Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket och Kemikalieinspektionen, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, kommuner och landsting. Livsmedelsverket är medlem i Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete. Vidare samverkar Livsmedelsverket med livsmedelsbranschens organisationer och företag samt är en av grundarna av Uppsala Livsmedelscentrum, som är ett kontaktnät mellan forskning och näringsliv. Vidare finns en expertgrupp för kost- och hälsofrågor och en expertgrupp för kost, aktivitet och hälsa hos barn och ungdom som ger myndigheten råd i vetenskapliga frågor. Dessutom finns det en referensgrupp för livsmedelsfrågor där verket möter företrädare för konsumentorganisationerna.

Regeringen fastställde år 1995 en nationell handlingsplan för nutrition som är vägledande för Livsmedelsverkets kost- och hälsoarbete. Den nationella handlingsplanen för nutrition gavs ut år 1996 av Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet. Livsmedelsverket har tillsammans med Folkhälsoinstitutet påtagit sig ansvaret för att sprida

kunskap om planen samt följa upp hur den förverkligas. Under åren 1998 och 1999 har Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket vidareutvecklat handlingsplanen och utformat ett strategidokument med operationella mål och strategier för arbetet för bättre matvanor för sexårsperioden 1999–2004. Dokumentet syftar bl.a. till att tydliggöra myndigheternas roller och ansvarsförhållanden i nutritionsarbetet. Dessutom har ett avtal tagits fram av de båda myndigheterna. Ansvar för det statliga nutritionsarbetet är fördelat mellan Livsmedelsverket, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Konsumentverket, Skolverket m.fl.

Vid *Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)* har sedan år 1998 funnits ett särskilt s.k. zoonoscentrum. Zoonoser är sjukdomar och smittoämnen hos djur som kan spridas naturligt från djur till människa. Arbetet leds från SVA men i nära samverkan med Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet samt Sveriges lantbruksuniversitet. Varje år sammanställer zoonoscentrum en s.k. zoonosrapport, vilken enligt EU:s regelverk tillställs EU-kommisionen. I denna redovisas omfattande statistik över zoonosförekomsten inkluderande också t.ex. matförgiftningar med olika smittämnen. Inom EU pågår för närvarande ett arbete med att etablera en europeisk livsmedelsmyndighet. På sikt kan detta komma att påverka beslut i olika folkhälsofrågor

Vid framtagning av Råd för livet-bladen som *Apoteket AB* ger ut samarbetar Apoteket AB med Cancerfonden, Folkhälsoinstitutet, Livsmedelsverket, Korpen, Hjärt-Lungfonden, Cancerpreventiva enheten vid Karolinska sjukhuset och Institutet för psykosocial medicin. Kokboken *En miljon lätta menyer* har tagits fram i ett samarbete med Hjärt-Lungfonden och Diabetesförbundet.

Friskboken som Apoteket AB producerar, har tagits fram i samarbete mellan Hjärt-Lungfonden, Korpen och SISU-Idrottsböcker. Friskvårdsdagar med temat hjärta och kärl har hållits i samarbete med Försäkringskassan i Stockholm. I många sammanhang sker samarbetet tillsammans med olika landsting om t.ex. egenvårds- och hälsoböcker, t.ex. Hälsoboken i Stockholms läns landsting.

17.2.13 Fysisk aktivitet

Inom området fysisk aktivitet sker samverkan mellan bl.a. aktörer såsom Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Skolverket och Apoteket AB och Idrottshögskolan.

17.2.14 Smittskydd

Smittskyddsinstitutet skall aktivt medverka till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthålls och förstärks samt samverka i dessa frågor med berörda myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Läkemedelverket och organisationer. Smittskyddsinstitutet och Läkemedelverket samarbetar främst inom vaccinationsområdet.

17.2.15 Barn och ungdom

Inom ungdomsområdet sker en bred samverkan mellan *Ungdomsstyrelsen*, vars sektorsövergripande verksamhetsinriktning har gjort det möjligt att samverka med olika sektorsmyndigheter, intresseorganisationer och forskarsamhället, och t.ex. Barnombudsmannen, Arbetarskyddsstyrelsen, Boverket, Brottsförebyggande rådet, Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), Folkhälsoinstitutet, Jämställdhetsombudsmannen, Konsumentverket, Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Skolverket och Svenska Kommunförbundet. Samarbetet inom barn- och ungdomsområdet har ofta formen av ömsesidigt deltagande i olika referensgrupper och samarbete kring konferenser, seminarier, hearings, rapporter och utredningar samt andra produktioner.

Inom barnområdet samverkar *Barnombudsmannen* med bl.a. Folkhälsoinstitutet och exempelvis Folkhälsoinstitutets generaldirektörsgrupp för folkhälsofrågor och dess SAMS-grupp (samverkansgrupp i skadepreventiva frågor). Barnombudsmannen är representerad i Räddningsverkets nätverk för allmänhetens egna säkerhetsåtgärder inom Räddningsverkets verksamhetsgren Den enskilda människan och i Civilförsvarsförbundets referensgrupp för hemsäkerhet.

Inom ramen för hälsoarbetet i skolan sker samverkan mellan Skolverket och ett flertal myndigheter t.ex. Folkhälsoinstitutet. Skolverket har bl.a. haft ett treårigt samarbete med Folkhälsoinstitutet i arbetet med s.k. hälsoskolor (WHO-projekt).

17.2.16 Äldre

Inom äldreområdet sker samverkan mellan Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Konsumentverket, Boverket, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och frivilligorganisationer m.fl. Dessutom sker samverkan inom ramen för Nätverket för folkhälsoarbete bland äldre som samordnas av Folkhälsoinstitutet. Syftet med nätverket är att sti-

mulera intresset för att utveckla adekvata former för lokalt och långsiktigt folkhälsoarbete bland äldre.

17.2.17 Invandrare

Integrationsverket samverkar med ett flertal myndigheter eftersom verket skall ansvara för att de integrationspolitiska målen får genomslag inom olika samhällsområden. Som exempel på myndigheter kan nämnas Socialstyrelsen, Skolverket, Barnombudsmannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Migrationsverket (f.d. Statens invandrarverk). Andra aktörer som verket samverkar med är t.ex. Svenska Kommunförbundet, invandrarnas centrala organisationer och olika regionala aktörer.

17.3 Aktörernas syn på ansvarsfördelningen

I avsnittet redovisas aktörernas syn på arbetsfördelningen generellt inom folkhälsoområdet och specifikt med avseende på uppgifter som har ett dubbelt ansvar eller som ingen ansvarar för.

Nära hälften av myndigheterna har uttalat sig om ansvarsfördelningen mellan myndigheter m.fl. Vissa myndigheter avstår från att ge synpunkter på ansvarsfördelningen med hänvisning till att målen bör konkretiseras innan något klagande om ansvarsfördelningen kan ske. En del myndigheter som t.ex. Jordbruksverket och Institutet för psykosocial medicin har uppgivit att det ej föreligger några oklarheter vad gäller arbetsfördelningen.

17.3.1 Arbetsmiljö och arbetsmarknad

Arbetskyddsstyrelsen betonar att försäkringskassornas och Yrkesinspektionens roller bör klargöras. Kommittén skriver i delbetänkandet SOU 1999:137 att försäkringskassorna bör få möjlighet att på olika sätt, inkl. ekonomiskt, bidra till att arbetsgivare vidtar åtgärder för att eliminera eller motverka risker för sjukdom eller skada. Arbetskyddsstyrelsen anser att detta förslag inte är bra. Skälet är att arbetsgivarens skyldighet att tillhandahålla en säker arbetsplats inom ramen för sin ekonomiska verksamhet är klart fastlagd i gällande arbetsmiljölagstiftning. Avsteg från principen kan leda till avsteg från konkurrensneutrala principer.

Arbetskyddsstyrelsen framhåller vidare att det krävs ett intensifierat samarbete mellan Yrkesinspektionen och försäkringskassan för att identifiera arbetsplatser som är besvärliga att åtgärda när det gäller hälsoaspekter. Detta fungerar inte optimalt idag anser Arbetskyddsstyrelsen, men hävdar att det sannolikt handlar mer om attitydförändringar bland de ansvariga inom respektive organisation än om förändringar på det nationella policyplanet.

Enligt Yrkesinspektionen (YI) föreligger det svårigheter att finna adekvata samverkansmetoder i tillsynen. Alla distrikt har samverkansavtal med försäkringskassan (FK), men det är inte särskilt vanligt att FK anmäler försumliga arbetsgivare till YI. Tillsynen av arbetsgivarens system för arbetsanpassning och rehabilitering försvåras därigenom. I den utvärdering som gjorts i det s.k. FRISAM-projektet har det dock visat sig att i de fall YI och FK gemensamt inspekterar en arbetsplats, har detta medfört bättre rehabiliteringsrutiner än om enbart YI besökt arbetsplatsen.

Arbetskyddsstyrelsen framhåller att inom arbetslivsområdet har de nationella mål som satts av styrelsen varit normerande för hur Yrkesinspektionen på det regionala planet och därigenom även de enskilda arbetsplatserna på det lokala planet har prioriterat och utfört sitt arbete. Motsvarande sektorsspecifika målformuleringar skulle därför med framgång kunna prövas även inom andra områden.

Samverkan mellan nationella aktörer som anger mål är i många fall nödvändigt och detta har under senare år bl.a. gällt sjukförsäkringsområdets behov av samverkan med aktörer inom arbetsmiljölagens område. Regeringen har genom krav i regleringsbrevet också ålagt flera av de myndigheter som har angränsande ansvarsområden att samverka, varför Arbetskyddsstyrelsen inte ser något behov av att kommittén diskuterar ytterligare gränsdragningar inom arbetsmiljöområdet.

Enligt *Arbetslivsinstitutets* mening förekommer inte några externa målkonflikter i förhållande till andra myndigheters pågående eller planerade verksamheter. Institutet bedömer dock att dess verksamhet berör många områden som andra myndigheter, forskningsinstitutioner, kommunala verksamheter m.fl. har ett huvudansvar för.

Arbetslivsinstitutet menar att arbetsgivarens ansvar för att utforma arbetsplatsen som en hälsoarena och myndigheternas stöd till arbetsgivaren bör betonas. Institutet föreslår därför införandet av en "Arbetslivskommission" i modifierad form, alternativt att ett projekt skapas kring Arbetshälsa som engagerar flera myndigheter. En ev. "Arbetslivskommission" bör ledas på ministernivå och engagera berörda myndigheter, organisationer och parter.

Arbetslivsinstitutet hävdar att företagshälsovården, som hälsovårdsorganisation utgör en potentiell aktör i folkhälsoarbetet. Institutet har till Näringsdepartementet i flera sammanhang framhållit företagshälsovårdens roll och betydelse som aktör i arbetsplatsbaserat och hälsoinriktat förändringsarbete och därvid även poängterat de möjligheter som arbetsplatser erbjuder i praktiskt folkhälsoarbete.

Institutet för psykosocial medicin framhåller att det inte förekommer några former av dubbelarbete mellan de myndigheter som institutet har ett frekvent samarbete med, dvs. Folkhälsoinstitutet och Arbetslivsinstitutet.

Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) anser att en systematisk genomgång bör göras av alla myndigheter under regeringen i syfte att komplettera regleringsbrev och andra styrdokument så att ansvaret för konkreta, långsiktiga och uthålliga åtgärder för att förbättra situationen för landets homo- och bisexuella blir tydligt inom respektive arbetsområde. Motsvarande gäller för kommuner och landsting.

HomO och Folkhälsoinstitutet har till uppdrag att verka på områden som har betydelse för situationen för homo- och bisexuella och därigenom indirekt på hälsosituationen. Det är HomO:s mening att det är en fördel att dessa två myndigheter kan verka från delvis olika utgångspunkter. Fördelningen av ansvaret och möjligheterna till samverkan kan sammantaget ge större effekt än om endast en av dem skulle ha hela denna uppgift ensam.

HomO anser vidare att det finns brister när det gäller den svenska diskrimineringslagstiftningen och skyddet för de mänskliga rättigheterna i Sverige, främst på så sätt att dessa regelverk utgör ett lapptäckande och att en genomtänkt röd tråd saknas. Systemet riskerar att ge intrycket att respekten för mänskliga rättigheter är en fråga om förhandlingsbara förmåner snarare än om varje människas grundläggande rätt till respekt för sin särart och behandling utifrån sina egna sakliga förutsättningar utan ovidkommande hänsyn, t.ex. sådant som kön, etnicitet, ålder, sexuell läggning eller funktionshinder. Härigenom finns alltid en risk att människor faller mellan stolarna och att den vars situation inte passar in under någon specifik skyddslagstiftning lämnas utan hjälp och stöd. Ombudsmannen har därför tillsammans med Ombudsmannen mot etnisk diskriminering och Handikappombudsmannen ställt krav på en generell översyn av det här lagstiftningsområdet i syfte att skapa ett mer heltäckande skydd för mänskliga rättigheter.

17.3.2 Ekonomisk trygghet

Riksförsäkringsverket föreslår att lagstiftningen ändras så att försäkringskassornas ansvar för den enskildes behov av rehabilitering tydliggörs. Vidare anser RFV att arbetsgivaren på förfrågan från försäkringskassan bör svara för utredningar med anknytning till arbetsplatsen. Detta kan ersätta arbetsgivarens nuvarande skyldighet att lämna en rehabiliteringsutredning till försäkringskassan vid åtta veckors sjukskrivning. Det bör också klargöras att arbetsgivaren skall genomföra och bekosta sådana rehabiliteringsåtgärder som syftar till att den enskilde skall kunna återgå i arbete.

Arbetsgivaren skall dock inte vara skyldig att bekosta och genomföra sådana insatser som faller inom kommunerna, hälso- och sjukvården eller annans ansvarsområde. Vad gäller ansvarsfördelningen mellan arbetsmarknadsmyndigheterna och försäkringskassorna föreslår RFV att en utredning och konsekvensanalys görs av ansvaret för planering, genomförande och samordning av rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna utan anställning. Verket uppfattar, i likhet med bl.a. Statskontoret, att utslussningen på arbetsmarknaden har blivit den svåraste delen i rehabiliteringen.

Riksförsäkringsverket anser vidare att ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och försäkringskassorna bör förtydligas om vad som ingår i sjukvårdens ansvar när det gäller att lämna uppgifter till försäkringskassan för kassans handläggning.

Inom socialförsäkringsadministrationen utgör det förebyggande arbetet en liten del av verksamheten och skall främst innebära att försäkringskassorna påverkar ansvariga aktörer genom att uppmärksamma förhållanden som kan vara tecken på att det finns faktorer som leder till ohälsa. Det kan övervägas enligt RFV om ett hälsomål bör innehålla en uppmaning till myndigheter och andra aktörer att samverka med försäkringskassan inför planering av förebyggande åtgärder.

17.3.3 Inne- och utemiljö

Boverkets nuvarande roll är att följa upp plan- och bygglagens krav på att tillräckligt stora och lämpliga fria ytor avsätts för lek. Det behöver inte enbart vara fråga om lekplatser och lekredskap utan kan även vara andra typer av områden, som exempelvis park- och naturområden. *Boverket* anser att ansvaret för de allmänna lekplatserna bör förtydligas.

Barnombudsmannen (BO) pekar på att barns utemiljö är en fråga som är uppdelad på flera olika sektorer. BO menar att det behövs större

inslag av samordning mellan de olika sektorsmyndigheterna: Boverket, Konsumentverket, Folkhälsoinstitutet, Skolverket, Vägverket m.fl.

Kemikalieinspektionen uppger att åtgärder mot kemikalier i Sverige kan betraktas som handelshinder inom EU. Likaså kan åtgärder få ekonomiska konsekvenser för samhället, åtminstone på kort sikt. De svenska miljömyndigheter som arbetar med hälsoproblem förorsakade av kemikalieanvändning har i princip gemensamma mål. Det föreligger således inga interna eller externa målkonflikter inom området. Ansvaret för kemikaliekontrollen åvilar primärt dem som marknadsför kemikalier i form av kemiska produkter eller i varor. Kemikalieinspektionen ser genom olika medel (regler, kontroll, information etc.) till att dessa företag/aktörer tar sitt ansvar för att produkterna inte skadar människors hälsa eller miljön.

Kemikalieinspektionen anser att det finns ett behov av probleminriktad forskning inom myndighetens verksamhetsområde som ännu inte är tillräckligt tillgodosedd. Detta gäller områden som t.ex. utveckling av testsystem som grund för riskbedömning, miljöeffektforskning, miljötoxikologi och miljömedicin samt samhällsvetenskaplig forskning om bl.a. styrmedel, beteende och livsstil. Kompetensen hos de företag som importerar, tillverkar och marknadsför kemikalier i form av kemiska produkter eller varor bör förbättras vad gäller deras förmåga att bedöma kemikalierisker.

17.3.4 Alkohol

På alkoholområdet har regeringen inrättat ett kansli för OAS (Oberoende Alkoholsamarbetet) och ett kansli för den nationella ledningsgruppen. Enligt Folkhälsoinstitutet utför och initierar dessa kanslier inte sällan arbete som redan pågår, planeras eller genomförs av Folkhälsoinstitutet utan att rådfråga eller ta tillvara myndighetens kompetens. I propositionen Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20) föreslår regeringen att en kommitté skall tillsättas för att svara för samordningen av insatser inom alkoholområdet på nationell nivå. OAS avses upphöra fr.o.m. den 1 januari 2001 eftersom den nya kommittén delvis får samma uppgifter som OAS har för närvarande.

Läkemedelsverket anser att Sverige inte bör anlägga en strikt nationell synvinkel på vissa delar av alkoholpolitiken. T.ex. bör enligt verket frågor om kontroll av drivmedelssprit hanteras internationellt och då särskilt inom EU, där principen om fri rörlighet för varor sätter gränser för svenska särregler. Läkemedelsverket noterar att det idag saknas ett

nationellt organ som kan initiera och driva alkoholfrågor som är viktiga för Sverige.

17.3.5 Mat, matvanor och fysisk aktivitet

För att fullfölja uppgiften att bevaka utvecklingen av matvanorna genom regelbunden uppföljning behövs enligt *Livsmedelsverket* en bättre nationell samordning och ett tydligare utpekat ansvar för dessa uppgifter, vilket också skulle gagna det nationella nutritionsarbetet.

Livsmedelsverket är den enda myndighet som har ett uttalat uppdrag att verka för bättre matvanor. Verket skall enligt sin instruktion ”aktivt medverka till att regeringens och riksdagens riktlinjer i fråga om kost och hälsa fullföljs”.

I kost- och hälsoarbetet har Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet närliggande uppgifter och ansvarsfördelningen har enligt Livsmedelsverket inte alltid varit självklar för myndigheternas omvärld. Det nationella strategidokumentet syftar dock till att tydliggöra inte bara Folkhälsoinstitutets och Livsmedelsverkets roller utan även andra myndigheters roller och ansvar i det nationella arbetet för bättre matvanor.

Under år 2000 kommer ojämlikhet i hälsa att vara temat för de regionalt ansvariga inom kostområdet. Maten är en viktig del i alla människors liv och frågor som berör mat förekommer i många myndigheters arbete. Strategidokument, Nationella mål och strategier för nutrition för perioden 1999–2004, syftar bl.a. till att tydliggöra myndigheternas roller och ansvar i nutritionsarbetet. Sju myndigheter har genom dokumentet påtagit sig ansvar för att genomföra ett antal insatser under den aktuella perioden.

Livsmedelsverkets åtagande omfattar främst stöd till det lokala och regionala nutritionsarbetet genom kunskapsunderlag såsom fakta om mat, hälsa och matvanor, generella och målgruppsanpassade rekommendationer och budskap samt metoder för kompetensutveckling av vissa nyckelgrupper. Samarbete och dialog med den regionala nivån skall utvecklas och fördjupas. Verket ansvarar också för kontakt och nätverk med näringsliv, konsumentorganisationer och andra myndigheter kring frågor om matvanor och hälsa.

Folkhälsoinstitutets arbete med kost och fysisk aktivitet har fått en delvis ny inriktning under de senaste åren. Från att ha varit inriktat på risker och hälsoupplysning har arbetet nu fått en hälsofrämjande ansats. Detta innebär att institutet anlägger ett bredare perspektiv på hälsans bestämningsfaktorer, vilket leder till att andra politikområden måste

involveras i arbetet. Insatserna får en strukturell karaktär och syftar till att skapa stödjande miljöer för goda mat- och motionsvanor.

Enligt *Folkhälsoinstitutet* har folkhälsovetenskaplig forskning inom området kost och fysisk aktivitet mycket svårt att hitta finansiärer på grund av att ingen av forskningsråden känner ansvar för området. Skogs- och jordbruksvetenskapliga forskningsrådet (SJFR) finansierar delvis kost-hälsa projekt. Även livsmedelsindustrin bekostar mycket av det som görs. Det finns vissa indikationer som tyder på att området ätstörningar är eftersatt och att det råder oklara ansvarsförhållanden.

Beträffande dubbelt ansvar nämner *Livsmedelsverket* att den statliga veterinära verksamheten är delad på två myndigheter – Jordbruksverket och Livsmedelsverket. Detta förhållande bidrar till en viss ineffektivitet och även samordningsproblem där de båda myndigheterna gör olika prioriteringar som kan motverka varandra.

17.3.6 Allergier

Inom området allergi har gränsdragningsproblem undanröjts bl.a. genom ett aktivt samarbete mellan olika aktörer såsom Astma- och Allergiförbundet, Vårdalstiftelsen och Folkhälsoinstitutet.

17.3.7 Hudcancer

Statens strålskyddsinstitut menar att den viktigaste aktören vad gäller informations- och folkbildningsinsatser om sunda solvanor är Folkhälsoinstitutet, som dock behöver samverka med andra myndigheter och organisationer, främst Socialstyrelsen, Skolverket, sjukvårdshuvudmännen och olika expertorgan. Strålskyddsinstitutet och Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut (SMHI) är de viktigaste aktörerna för mätningar av och prognoser för UV-instrålning, anser Strålskyddsinstitutet. Institutet har huvudansvaret för miljö kvalitetsmålet om en säker strålmiljö. Enligt målet skall människors hälsa och den biologiska mångfalden skyddas mot skadliga effekter av strålning i miljön.

17.3.8 Skador

Vägverket anser att Nollvisionen kräver en förändrad ansvarsfördelning mellan användare och utformare av vägtransportsystemet. Det finns även ett behov av förändringar i beslutsprocesser hos systemanvändare

och systemutformare. Vägverkets roll är att dels i den egna verksamheten besluta om säkerhetsförbättringar och dels finna metoder och processer för att påverka andra systemutformare och systemanvändare till större och effektivare ansvar för sin del i vägtransportsystemet. Det förändringsarbete som krävs för att säkerheten skall vara dimensionerad när beslut fattas om vägtransportsystemet, måste baseras på kunskap om förändringsprocesser hos såväl enskilda som offentliga och privata organisationer. Den opinionsbildning som sker inom trafik-säkerhetssystemet är central att studera för att förstå hur legitimiteten för olika former av åtgärder och system skapas och utvecklas samt hur efterfrågan på en säkrare trafik uppstår och kommer till uttryck.

Vägverket hänvisar till ett nyligen av Trafikansvarsutredningen framlagt betänkande, Ett gemensamt ansvar för trafiksäkerheten (SOU 2000:43). Denna utredning kan komma att medföra ett ändrat ansvarsförhållande vad gäller trafiksäkerheten under förutsättning att riksdagen ställer sig bakom ett inrättande av en trafiksäkerhetsinspektion och att en ny lag om ansvar för säkerheten i vägtransportsystemet införs.

Enligt Trafikansvarsutredningen behövs en förändring av nuvarande vägtransportsystem i syfte att åstadkomma ett säkert väg- och transportsystem. Utredningen ser det som angeläget att alla berörda aktörer får ett klart och uttalat ansvar och blir skyldiga att dimensionera vägtransportsystemet utifrån människans förutsättningar och därmed förhindra dödsfall och allvarliga skadefall som går att förutse och förhindra. De föreslår mot denna bakgrund att riksdagens principbeslut om Nollvisionen och systemutformarnas ansvar för säkerheten i vägtrafiken lagregleras.

Trafikansvarsutredningen föreslår att en särskild tillsynsmyndighet, Vägtrafikinspektionen, inrättas med uppgift att säkerställa ändamålet med den nya lagen. Vägtrafikinspektionens uppgift skulle vara att bedriva generell och specifik utvärderings- och granskningsverksamhet och skapa en dialog med systemutformarna, verka för att systemutformarna genomför olycksundersökningar med hög kvalitet och vidta adekvata och verkningsfulla åtgärder, utforma regler för kvalitetssäkringssystem för trafiksäkerhet samt att initiera forsknings- och utvecklingsverksamhet som har anknytning till inspektionens roll som fristående granskare och utvärderare.

Ansvarsfördelningen inom den del av folkhälsoområdet där *Räddningsverket* har uppgifter – ”skydd mot olyckor” är enligt verket oklar. Mot bakgrund av förhållanden i andra länder och vikten av snabb och adekvat vård vid akuta sjukdomstillstånd vore det enligt verket intressant att ytterligare belysa samspelet mellan ambulans- och räddningstjänst, speciellt eftersom stora investeringar i räddningstjänsternas

organisation redan är gjorda. Ett enhetligare sätt att se på vissa frågor skulle också underlättas av bättre samverkan och tydligare ansvarsförhållanden. Nedan följer ett urval frågor eller problem som bl.a. har sin utgångspunkt i en oklar ansvarsfördelning.

Det föreligger bl.a. *begreppsmässiga problem*. Varje sektorsorgan har sina begrepp. Detta borde inte ställa till några större problem så länge räddningstjänsten vet vad kollegor vid andra myndigheter (motsvarande) egentligen menar för något. Problemen dyker enligt Räddningsverket dock upp när man kommer till praktisk verksamhet – i kommuner eller hos företag där de olika sektorernas intressen sammanstrålar. Vidare finns *värderingsmässiga problem*. För vissa områden finns väl utarbetade principer (kärnkraft, flygsäkerhet) för riskvärdering, medan det för andra områden, t.ex. bostadssektorn är sämre ställt. Det behövs alltså ett omfattande arbete med att utarbeta principer för värdering av risk. Kvantitativa eller andra rättviseskäl, om inte annat, torde kräva en gemensam syn på vad som är en stor eller försumbar risk. Dessutom förekommer *riskhanteringsmässiga problem*.

Analys av inträffade storolyckor visar oftast att orsaken inte bottnar i ett felaktigt beslut utan i en följd av beslut, vart och ett kanske betydelselöst, men som tillsammans inneburit att verksamheten eller systemet opererats utanför det område det en gång designats för. Mot denna bakgrund är det viktigt att forsknings- och utvecklingsinsatser inriktas mot att hitta nya strategier för riskhantering med ett mer proaktivt förhållningssätt. Slutligen förekommer det *uppföljningsmässiga problem*.

I dagsläget finns inget statistiksystem som följer upp området ”skydd mot olyckor” på ett trovärdigt sätt. Många sektorer har i bästa fall enkla system för rapportering av inträffade olyckor. Bakomliggande orsaker eller effekter av insatta riskreducerande åtgärder går ofta inte att utläsa. Tillbud samlas sällan in. Analysfunktioner saknas i stor utsträckning. Vägverkets statistiksystem är unikt i den meningen att det direkt visar om en riskreducerande åtgärd är ”lönsam” eller ej.

Ett gemensamt statistiksystem inom området skydd mot olyckor skulle möjliggöra ett bättre utnyttjande av resurser och totalt öka säkerheten i landet. Det är också en förutsättning för att överhuvudtaget kunna arbeta med nationella mål och på en övergripande samhällsnivå.

Många av de svårigheter och oklarheter som föreligger inom området riskhantering beror på att kunskaperna om åtgärder som reducerar riskerna inte är systematiskt samlade och utvärderade. Erfarenheter kring olika åtgärders effekt och deras kostnader behöver fortlöpande samlas in, bedömas eller beräknas. Metoder (exempelvis simulering) för att väga en åtgärd, t.ex. brandvarnare, mot en annan måste utvecklas.

Eftersom utvecklingsinsatser om riskvärdering, uppföljning eller riskhantering i stort endast svårligen går att bedriva och tillämpa inom en begränsad samhällssektor har Räddningsverket på uppdrag av regeringen och i samverkan med andra berörda myndigheter utarbetat ett ramprogram för forskning och utveckling inom riskhanteringsområdet. Området olyckor i bostäder kan utgöra exempel på ett område som "faller mellan stolarna".

17.3.9 Barn och ungdom

Skolverket anser att myndigheternas mål att specifikt arbeta med "sin" hälsofråga kan motverka en utveckling av hälsoarbetet i skolan. Det kan medföra att helheten går förlorad och att hälsoarbetet fragmenteras.

I Elevvårdsutredningens slutbetänkande (SOU 2000:19) föreslås att elevvård och skolhälsovårdsbegreppet ersätts med begreppet elevhälsa. Utredningen föreslår bl.a. att former utvecklas för ett samarbete mellan kommunernas skolor respektive elevhälsa och landstingens barn- och ungdomshälsovård.

BO är en ombudsmannamyndighet vars enda egentliga myndighetsansvar för närvarande är samordningen av samhällets insatser för en ökad säkerhet med avseende på barn och ungdom. I betänkandet Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar (SOU 1999:65) föreslås Folkhälsoinstitutet överta det samordnande ansvaret för barnsäkerhetsfrågorna, vilket också har beaktats av Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57). Avsikten är att renodla Barnombudsmannens ombudsmannakaraktär. En proposition om ombudsmannens framtida roll väntas under december 2000. Nätverk för säkerhetsarbete finns med ett 35-tal representanter från myndigheter och organisationer.

Barnombudsmannen (BO) framhåller att ombudsmannens verksamhetsområde avser alla frågor som rör barn och ungdomars rättigheter och intressen. BO kommer därför in på arbetsfält där det redan finns ansvariga sektorsmyndigheter. BO:s roll är däremot unik. Ingen annan myndighet som arbetar med frågor som rör barn och ungdomar har en liknande ombudsmannaroll uteslutande för barn och ungdom. BO:s roll är att flytta fram positionerna för barn och ungdom i lagstiftning och på annat sätt och företräda dem i den allmänna debatten. I myndighetens instruktion framgår att BO skall ägna särskild uppmärksamhet åt frågor som rör utsatta barn och ungdomar, vilket bidrar till att BO skall koncentrera sig på risk- och skyddsfaktorer i första hand.

Enligt BO saknas ett tydligt myndighetsansvar avseende friskfaktorer för barn och ungdom som möjlighet till utvecklingsfrämjande lek,

goda närmiljöer och till en meningsfull fritid. Ombudsmannen menar att det behövs större inslag av samordning i detta fall mellan de olika myndigheterna; Boverket, Konsumentverket, Folkhälsoinstitutet, Skolverket, Vägverket m.fl.

Ytterligare ett område där ansvarsfördelningen är oklar är kost- och näringsrekommendationer för små barn. Livsmedelsverket har som en tillfällig lösning åtagit sig uppgiften.

Ungdomsstyrelsen hänvisar till propositionen På ungdomars villkor (prop.1998/99:115) där det framhålls att den nya ungdomspolitikerna skall vara av sektorsövergripande karaktär. Styrelsen betonar att ungdomar är en grupp medborgare som i sitt dagliga liv kommer i kontakt med en rad olika myndigheters verksamheter, och det är dessa sektorsmyndigheter som själva bäst avgör på vilket sätt de kan bidra till att de av riksdag och regering antagna målen och delmålen bäst kan uppfyllas.

Ett flertal myndigheter har i uppdrag att verka för goda villkor för barn och ungdomar. Myndigheterna har således i uppgift att även följa barnkonventionens rättigheter inom respektive verksamhetsområde.

17.3.10 Övriga aktörer

Folkhälsoinstitutet har ett tvärasektoriellt mandat. I det ligger att stödja och påverka andra myndigheter att inom sitt sektorsansvar utveckla sin verksamhet så att den främjar folkhälsan. Endast i undantagsfall kan man därför tala om ett dubbelt ansvar i förhållande till Folkhälsoinstitutets uppgifter. Enligt Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet bör institutets framtida roll vara att ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen.

Handikappombudsmannen har genom olika rapporter i sin verksamhet pekat på att det inom ett flertal områden finns en otydlig ansvarsfördelning mellan kommuner, landsting och staten. Tre tydliga exempel illustrerar detta. För det första finns det skador och sjukdomar som kräver medicinsk expertis, som inte finns tillgänglig över landet. Detta medför inte sällan bekymmer för funktionshindrade personer. En person kan "bollas" mellan olika instanser där ingen tar ett finansiellt ansvar. För det andra har tillämpningen av insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) inte fungerat. För det tredje är hjälpmedelsförsörjningen inte likvärdig över landet.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anser att ansvarsfördelningen kan uppfattas som ett problem då vissa områden

delvis överlappar varandra. SBU noterar att det finns ett flertal aktörer med ansvar för folkhälsoarbetet vad avser livsstilsfrågor. Om det är möjligt att uppnå en tydligare ansvarsfördelning vore detta en fördel enligt beredningen. Enligt SBU:s bedömning är ett ökat samarbete mellan berörda myndigheter över sektorsgränserna en nödvändighet.

Apoteket AB menar att apotekens uppgift i första hand är att göra människor medvetna om livsstilens betydelse för hälsa och ohälsa rent generellt och i andra hand poängtera livsstilens betydelse vid vissa sjukdomar som berör enskilda kunder. För de personer som önskar djupare kunskap inom det förebyggande området hänvisas till andra aktörer.

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet anser att det bör ges stort utrymme för handlingsalternativ på lokal och regional nivå för att nå önskvärda resultat med hänsyn till starkt skiftande förutsättningar och behov.

17.4 Sammanfattning och bedömning av ansvarsfrågan

17.4.1 Sammanfattning

Det finns enligt myndigheternas redovisning ett antal områden med delvis otydlig ansvarsfördelning.

Inom *arbetsmiljöområdet* betonar Arbetarskyddsstyrelsen att försäkringskassornas och Yrkesinspektionens roller bör klargöras och att samverkan mellan dessa aktörer bör intensifieras. Arbetarskyddsstyrelsen hävdar att kommittén inte behöver behandla försäkringskassans samverkan med aktörer inom arbetsmiljölagens tillämpningsområde. Skälet är enligt ASS att regeringen har preciserat krav på samverkan i regleringsbrev för myndigheter med angränsade ansvarsområden.

Arbetslivsinstitutet föreslår att en "Arbetslivskommission" införs i modifierad tappning alternativt ett projekt kring Arbetshälsa som engagerar flera myndigheter. Vidare poängteras företagshälsovårdens viktiga roll i folkhälsoarbetet.

Inom arbetsmarknadsområdet önskar Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO) och Handikappombudsmannen en översyn av den svenska diskrimineringslagstiftningen och skyddet för de mänskliga rättigheterna i Sverige.

HomO anser bl.a. att myndigheternas regleringsbrev m.m. bör kompletteras med ett tydligt ansvar inom respektive ansvarsområde att

vidta åtgärder för att förbättra situationen för landets homo- och bisexuella.

Inom utemiljöområdet anser bl.a. Boverket och Barnombudsmannen att ansvaret för de allmänna lekplatserna bör tydliggöras.

Inom *kostområdet* behövs enligt Livsmedelsverket en bättre nationell samordning och ett tydligare ansvar för dessa uppgifter. Det nationella strategidokumentet syftar dock till att tydliggöra ansvaret för huvudaktörer som Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet men även andra myndigheters roller och ansvar i det nationella arbetet för bättre matvanor. Vidare förekommer enligt Livsmedelsverket ett dubbelt ansvar mellan verket och Jordbruksverket inom den statliga veterinärverksamheten. Dessutom föreligger det oklara ansvarsförhållanden inom området ätstörningar.

Inom *drogområdet* har Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57) föreslagit att Folkhälsoinstitutet skall ha tillsynsansvar för alkohol och tobak.

Inom *skadeområdet* anser Räddningsverket att ansvarsfördelningen när det gäller skydd mot olyckor är oklar. Området olyckor i bostäder är ett område som faller mellan stolarna. Vägverket anser att den s.k. nollvisionen kräver en förändrad ansvarsfördelning mellan användare och utformare av vägtransportsystem och ställer sig bakom Trafiksäkerhetsutredningens förslag.

Inom *barn- och ungdomsområdet* saknas enligt Barnombudsmannen ett tydligt ansvar vad avser friskfaktorer för barn och ungdom. Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet framhåller att det är viktigt att ett stort utrymme ges för lokala handlingsalternativ på lokal och regional nivå.

17.4.2 Bedömning

I redovisningen har ett försök gjorts att få en bild av hur ansvarsfördelningen ser ut mellan myndigheterna och några andra aktörer när det gäller verksamheter som är viktiga från folkhälsosynpunkt. Undersökningen visar att folkhälsoområdet utmärks av ett stort antal aktörer med varierande åtaganden och samverkan. Detta kan ses som ett uttryck för områdets heterogena karaktär och komplexitet.

Inom flertalet områden förekommer inga oklarheter i ansvarsfördelningen, men i några fall behöver ansvaret klargöras, vilket framgår kortfattat av sammanfattningen ovan.

De nationella målen för folkhälsan kan antas leda till en breddning av folkhälsoområdet och till att ännu fler sektorer kommer att beröras av folkhälsofrågor än tidigare. Ett flertal myndigheter behöver då ges

ett identifierat ansvar för folkhälsofrågor inom sina respektive områden. De förhållanden kommittén tar upp i sitt slutliga förslag till nationella mål gäller det sociala kapitalet i samhället med fokus på ekonomisk trygghet för individen, minskad boendesegregation och kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta områden. Det gäller också utveckling av stödjande sociala miljöer för individen så att isolering, ensamhet och otrygghet kan minska och människors delaktighet i förenings- och kulturverksamhet öka. Kommittén betonar också olika aspekter av goda och jämlika uppväxtvillkor, förbättrade villkor i arbetslivet, en god fysisk miljö, hälsofrämjande levnadsvanor samt att infrastrukturen för folkhälsofrågor behöver utvecklas.

För de olika mål och delmål som redovisas behöver sektorsstrategier utvecklas och ansvar för insatser pekas ut. Målen fokuserar huvudsakligen på bestämningsfaktorer för hälsa. Att idag – innan sådana strategier har utvecklats – ange exakt vilken myndighet som skall ansvara för vad är inte meningsfullt. Istället bör en successiv prövning ske av frågan mot bakgrund av den ansvarsfördelning som gäller för närvarande, kompletterad med Organisationskommitténs för Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57) förslag beträffande myndighetsansvaret för alkohol-, tobaks- och narkotikaprevention. Vid prövningen av ansvarsfördelningen är det angeläget att såväl de nationella myndigheternas som de regionala och lokala myndigheternas möjligheter att främja hälsa och förebygga sjukdom beaktas.

Samverkan är ett viktigt medel för ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Det är dock sällan tydliggjort att det handlar om just folkhälsa när man t.ex. förbättrar trafikförhållanden eller arbetar med miljöfrågor, kultur etc. Det är angeläget att samverkan diskuteras explicit när ansvar och roller inom folkhälsoområdet skall klargöras.

Koordinering av insatser från ett stort antal myndigheter och aktörer kräver en utvecklad styrningsstrategi och en fortlöpande uppföljning och utvärdering av insatserna inom folkhälsoområdet. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har nyligen lämnat förslag om samverkan och ansvar på den nationella nivån. Den anser att institutets huvuduppgifter bör vara att ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt att vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. En sektorsövergripande uppföljning och utvärdering utgår från förutsättningen att de statliga myndigheterna i lämplig utsträckning har sektorsansvar för uppgifter som Nationella folkhälsokommittén anger.

När det gäller styrningsstrategin är det angeläget att ansvar inom folkhälsoområdet redovisas i myndigheternas instruktioner och regleringsbrev.

Samordning av folkhälsopolitiken utöver den nu nämnda frågan om ansvar och samverkan mellan myndigheterna diskuteras i kapitel 22.

18 En hälsoinriktad hälso- och sjukvård

18.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdens arbete med folkhälsofrågorna har förändrats genom åren både utifrån innehållet i det praktiska arbetet och genom vad som uttrycks i olika policydokument. Därmed har oklarheter uppstått kring räckvidden av hälso- och sjukvårdens folkhälsoansvar. Eftersom Nationella folkhälsokommitténs förslag kan komma att påverka hälso- och sjukvårdens olika delar både verksamhetsmässigt och organisatoriskt har det bedömts angeläget att klarlägga ansvarsgränser och effekter i dessa avseenden också för hälso- och sjukvårdens del.

Nationella folkhälsokommittén tillsatte därför år 1999 en särskild arbetsgrupp, Hälso- och sjukvårdsgruppen, för analys av hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. Denna redogörelse är i allt väsentligt en sammanfattning av den rapport, "En hälsoinriktad hälso- och sjukvård", underlagsrapport 15, vilken arbetsgruppen överlämnade till Nationella folkhälsokommittén i maj 2000.¹ Kommitténs sekretariat har gjort sammanfattningen.

¹ I arbetsgruppen ingick Lars Weinehall, ordförande, ledamot i Nationella folkhälsokommittén, verksam vid Institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin, Umeå Universitet. Ledamöter i gruppen var leg.sjuksköterska Margareta Albinsson, Vårdförbundet, leg. läkare Lars Himmelmann, Läkarförbundet, leg. läkare, med. dr Margareta Kristenson, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping, stabschef Bosse Pettersson, Folkhälsoinstitutet, utredningschef Douglas Skalin, Landstingsförbundet och avdelningsdirektör Ingrid Ström, Socialstyrelsen. Sekreterare i gruppen var Lillemor Cedergren, Nationella folkhälsokommittén.

18.2 En hälso- och sjukvård som främjar hälsan

Hälso- och sjukvårdens primära uppdrag är att tillgodose patientens behov av sjukvård. Kan inte detta fullgöras riskerar hälso- och sjukvården sin trovärdighet och legitimitet också i sitt preventiva uppdrag. Från folkhälsosynpunkt föreligger inget motsatsförhållande mellan dessa två uppdrag. Hälso- och sjukvårdens kanske största roll för folkhälsan är att vid varje vårdtillfälle tillämpa en människosyn och ett hälsoorienterat förhållningssätt som hjälper också den redan sjuke att bibehålla och stärka sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande.

Samtidigt har hälso- och sjukvården stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen i samhället, via sin professionella kompetens, sitt starka inflytande över kunskapsutvecklingen, sin breda kontaktyta med allmänheten och sin vardagliga närvaro i lokalsamhället.

För att förstå betydelsen av hälso- och sjukvårdens möjligheter att främja hälsan hos befolkningen i stort – och inte enbart hos sina patienter – är kunskap om den preventiva paradoxen viktig. Förvisso är det så att personer som har en kraftigt förhöjd risk, t.ex. övervikt och högt blodtryck löper en klart större risk än personer med genomsnittsvärden att insjukna i hjärtinfarkt. Men det är ett större antal personer med måttligt förhöjda risker som insjuknar.² Det får alltså större effekter på folkhälsan om förebyggande insatser leder till att många ändrar sina vanor något än om några få ändrar sig radikalt. Slutsatsen av detta resonemang är givetvis inte att man skall lämna högriskgruppen åt sitt öde. Däremot är inte insatser riktade enbart mot dem tillräckliga för att nå positiva effekter på befolkningsnivå.

Såväl landsting och statliga myndigheter som fackliga organisationer redovisar att hälso- och sjukvårdens preventiva potential idag inte tillvaratas på ett optimalt sätt. De menar att hälso- och sjukvården i större utsträckning skulle kunna använda sin auktoritet, kunskap och kontaktyta för att främja hälsan och förebygga sjukdom, i kontakter med patienter, anhöriga och allmänheten.

Det finns vissa teoretiska skillnader mellan att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Medan sjukdomsförebyggande ofta används när syftet är att förebygga en specifik sjukdom, t.ex. hjärtinfarkt, cancer, allergi, så handlar hälsofrämjande om ”den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den”. Detta förutsätter både att det finns möjligheter för individen att påverka

² Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.

den egna situationen och att de samhällsbetingelser som är avgörande för en god hälsa kan kontrolleras och förbättras. Hälsöfrämjande arbete utgår från ett positivt hälsobegrepp, där hälsan ses som en resurs i vardagslivet. Det leder både till en ökad motståndskraft mot insjuknande och till ett snabbare återhämtande från sjukdom.³

Hälsan kan främjas och sjukdom förebyggas inom hälso- och sjukvården genom bl.a. en aktivare information om livsstilssjukdomar, genom t.ex. skaderegistrering och skaderapportering samt genom deltagande i samhällsdebatten. En framtida utmaning handlar om att skapa en hälso- och sjukvård som efterfrågar, möjliggör, synliggör och belönar ett sådant arbetssätt.

18.2.1 Hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdom

Mödra-, barn- och ungdomshälsovård

Det finns en lång svensk tradition av förebyggande arbete inom mödrahälsovård (MVH), barnhälsovård (BVH), skolhälsovård och företagshälsovård. De preventiva insatserna har betraktats som en del i välfärdsstatens arbete för att skydda sårbara grupper, främst under uppväxt och i arbetslivet.

Genom att praktiskt taget alla tar del av MHV- och BHV-verksamheten kan stigmatisering förhindras och trygga familjer bli rollmodeller. MHV, BHV och skolhälsovård har den vardagliga markkontakt som tidigt kan signalera när samhällsförändringar lokalt eller nationellt ger nya eller förstärkta ohälsoeffekter bland barn och ungdomar. Föräldrautbildning inom MHV samt föräldragrupper inom BHV är erfarenhetsmässigt av betydelse för en god hälsoutveckling hos barn.

Vid Medicinska forskningsrådets state of the art-konferens år 1999⁴, vars syfte var att granska valda delar av barnhälsovårdens verksamhet, diskuterades också inriktningen för framtiden. Barnhälsovården föreslogs ändra fokus från att i första hand söka biomedicinska avvikelser hos barn till att arbeta utifrån ett hälsoperspektiv innefattande mobilisering av föräldrarnas resurser, tilltro till deras förmåga och kompetens samt riktade insatser i syfte att stödja barn och barnfamiljer med särskilda behov.

³ Ottawamanifestet om hälsöfrämjande arbete I: *Vigör special* nr 5/87, Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning, Stockholm, 1987.

⁴ Medicinska forskningsrådet, *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv*. 1999.

För att nå detta mål efterlystes förstärkta nätverk mellan barnhälsovården och kommunala strukturer som förskola och socialtjänst. Likaså betonades att hälso- och sjukvårdens stöd kring barnfamiljen måste präglas av teamarbete där olika kompetenser ingår. För att möta dessa ”nya behov” ansågs både metodutveckling och utbildningsinsatser behövas för dem som arbetar inom verksamheten.

Även om fokus förändras över tiden, exempelvis i form av att uppmärksamheten kring psykosociala aspekter bedöms behöva förstärkas, är det enligt kommitténs arbetsgrupp angeläget att såväl mödra- som barn- och ungdomshälsovården behåller den ”nä alla, men individuellt-strategi” som kännetecknar den svenska modellen.

Ett exempel på hur nätverket mellan barnhälsovård och kommunala strukturer kan stärkas är de s.k. familjecentraler som startats i olika delar av landet. Även den kommunala familjerådgivningen når många småbarnsföräldrar genom att familjerådgivare allt oftare medverkar vid gruppvis information inom MHV och BHV.⁵

Samverkan mellan MHV/BHV och skolhälsovård behöver utvecklas. Elevvården och skolhälsovården har ett viktigt preventivt uppdrag och är av strategisk betydelse för det hälsofrämjande arbetet bland barn och ungdomar. Barnpsykiatriutredningen⁶ visade för sin del hur brister i primärt psykosocialt omhändertagande inom t.ex. skolan i nästa led ledde fram till väsentligt högre vårdkostnader på nästa nivå, dvs. inom den barnpsykiatriska verksamheten.

Det är angeläget att det medicinska innehållet i skolhälsovården förstärks. Den hälsodimension som läkare och sjuksköterskor tillför i skolhälsovården kan inte ersättas, men behöver kompletteras med kurativ och psykologisk kompetens. En kommande reform inom detta område bör precisera skolhälsovårdens uppdrag i dimensionerings-termer, så att alla barn nås individuellt.

Förändrad företagshälsovård

Företagshälsovården (FHV) har genomgått stora förändringar under det senaste decenniet. Antalet läkare, sjuksköterskor och skyddsingenjörer har minskat, medan andra yrkesgrupper som beteendevetare och friskvårdskonsulenter har ökat. En av de stora frågorna gäller sjukvårdens

⁵ Furhoff A, Olsson L, *Vi två hela livet: Den varaktiga parrelationen – dröm och möjlighet*. 2000.

⁶ SOU 1998:31. Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.

andel av FHV-verksamheten i framtiden. Betydelsen av att sätta in tidig rehabilitering betonas alltmer.

Arbetsrelaterad sjukvård har ett stort egenvärde inom ramen för företagshälsovårdens uppdrag och kan ses som en viktig ingång för att identifiera arbetsmiljöbrister. Den arbetsrelaterade sjukvården representerar med sin särskilda kompetens ett kunskapsområde som utgör en viktig byggsten i rehabiliteringsarbetet och som inte utan vidare fullgörs av andra.

Systematiska hälsoundersökningar

Systematiska sjukdomsinriktade hälsoundersökningar har i många fall varit framgångsrika. Erfarenheterna från de nordiska länderna visar att när program som t.ex. gynekologisk hälsokontroll, genomförts systematiskt och varje del hakat in i nästa i en genomtänkt kedja (kallelse-provtagning-diagnostik-uppföljning-behandling-efterkontroll), har också resultaten kommit tidigare och blivit bättre än i de länder som kontrollerat utan systematik.⁷

Ungdomsmottagningar

Såväl det förebyggande som det hälsofrämjande synsättet är väl integrerat i ungdomsmottagningarnas verksamhet, visar två undersökningar som gjorts under senare år.⁸ Ungdomsmottagningarna arbetar utifrån en helhetssyn och i ett tvär- professionellt samarbete.

Ungdomsmottagningarnas inriktning på primär hälso- och sjukvård och normalutveckling, har varit framgångsrik och åtnjuter stort förtroende hos ungdomar. Ungdomsmottagningarna kan genom sin lättillgänglighet och öppenhet spela stor roll även för invandrarungdomar och deras familjer. Ungdomsmottagningarna har en viktig roll att fylla i det förebyggande arbetet och för att tidigt fånga upp och ge stöd även åt ungdomar med psykiska problem.

⁷ Steineck G. Förebyggande av cancer i livmoderhalsen. I *Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. SBU-rapport nr 132. Stockholm, 1997.

⁸ Folkhälsoinstitutet. Verksamheten vid landets ungdomsmottagningar, 1998:17. Behöver vi ungdomsmottagningar? 1998:45.

Vetenskapligt underlag och metodkunskap finns

För framtiden är det angeläget att se sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser som del i all behandling. Prevention är en självklar del av vårdens uppdrag. Trots tidigare försummelser har en rad dokumenterade preventiva insatser utvecklats både i Sverige och utomlands. Den internationellt mest genomarbetade kunskapsbaserade sammanställningen över kliniska preventiva insatser (screening, rådgivande samtal, vaccinationer och förebyggande behandling) för ett 80-tal olika sjukdomstillstånd finns presenterad i en bok utarbetad av U.S. Preventive Service Task Force.⁹ Erfarenheter från tjugo år av förebyggande arbete redovisas i en EU-rapport som utkom år 1999.¹⁰ Syftet med rapporten är att bidra till debatten om effektiviteten i olika preventionsprogram. Studier visar t.ex. att enkla råd om alkoholkonsumtion eller tobaksrökning har effekter på patienternas livsstil.¹¹

Kombinerade strategier kan ge synergieffekter

När det gäller vissa sjukdomstillstånd kan det vara lämpligt att kombinera individinsatser med mer befolkningsorienterade. Inom t.ex. hjärt-kärlsjukdomsområdet har det bedömts relevant att söka kombinera flera strategier. Genom att medverka i befolkningsinriktade delar av ett preventivt program är det möjligt för vården att inte bara tidigare möta dem som löper särskilt stor risk att drabbas av sjukdom (högriskindivider) utan också bidra till folkbildningsinsatser inom hälsoområdet. I längden kan riskfaktortyngden påverkas och sekundär- eller tertiärpreventiva insatser underlättas om och när de i så fall blir nödvändiga. Därmed ingår denna typ av insatser i ett sammanhang och kan ses som en del i "vårdkedjan".

De viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom är väl kända; tobaksrökning, högt blodtryck och förhöjda blodfetter och dessa faktorer är också gemensamma problem vid åtgärder riktade mot såväl hela befolkningen som högriskindivider och individer som redan har hjärt-kärlsjukdom. De förebyggande åtgärderna är i stort sett likartade vad gäller att motverka uppkomsten av kranskärlssjukdom eller förhindra att den förvärras; det är bara arenan som skiljer. Det är därför

⁹ Guide to Clinical Preventive Services: Second Edition, 1996 (<http://text.nlm.nih.gov/frs/tocview>).

¹⁰ The Evidence of Health Promotion Effectiveness, Shaping Public Health in a New Europe, ECSC-EC-EAEC, Bryssel - Luxemburg, 1999.

¹¹ Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc J.* 1995; 152:851-9.

nödvärdigt att utveckla broar och tillvarata synergieffekter mellan t.ex. folkbildning, folkbildningens insatser och program för sekundärprevention som utvecklas på många specialistkliniker bl. a genom att livsstilsfaktorer inkluderas i rehabiliteringen efter t.ex. hjärtinfarkt och stroke. Nya modeller skulle kunna utvecklas tillämpbara också för andra sjukdomsgrupper.

Systematisk fortbildning om depression

Ett annat exempel på ett mer övergripande preventivt arbetssätt illustreras av ett gotländskt utbildningsprogram för allmänläkare med inriktning på tidig upptäckt och behandling av depressioner.¹² Den viktigaste effekten av utbildningsprogrammet var att antalet självmord under uppföljningsperioden minskade. De konsekvenser som kunde noteras under uppföljningen var att kostnaderna för antidepressiva läkemedel ökade. Samtidigt minskade förbrukningen av andra läkemedel. Kostnader för öppen vård påverkades inte men kostnaden för slutna vård minskade. Gotlandsexemplet illustrerar också betydelsen av uthållighet; när den systematiska fortbildningen upphörde, ökade också självmordstalen.¹³

Översikt om hälso- och sjukvårdens preventiva möjligheter

Ofta används termerna ”primär”, ”sekundär” och ”tertiär” prevention¹⁴ för att belysa var i förloppet som insatserna äger rum:

- Primär prevention: Sjukdomsförebyggande (syftar till att minska incidensen av sjukdom).
- Sekundär prevention: Tidig diagnostik och behandling (syftar till att minska prevalensen av sjukdom).
- Tertiär prevention: Begränsning av handikapp; förhindra återfall i sjukdom; rehabilitering.

Av tradition har merparten av hälso- och sjukvårdens arbete utgjorts av diagnostik och behandling (dvs. sekundär och tertiär prevention), vilket präglar såväl dess organisation, struktur och resursfördelning som

¹² Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Wålinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85:457-64.

¹³ *Hur mår Sverige*. Socialstyrelsen.

¹⁴ Last JM. *Dictionary of Epidemiology*, Oxford university Press, 1988.

utbildningen av dem som arbetar där. En översikt, sammanställd av docent Urban Janlert, med exempel på preventiva insatser inom hälso- och sjukvården finns i underlagsrapport 15 "En hälsoinriktad hälso- och sjukvård". Här illustreras att sjukhus- och primärvårdsinsatserna kompletterar varandra och att det därför föreligger starka motiv till att utveckla ett systematiskt vårdkedjetänkande.

18.2.2 Hälso- och sjukvårdens insatser för att främja hälsa

Hälsoorientering av vården

En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär en förskjutning i synen på vilka kunskaper som är viktiga. Kunskap om interaktionen mellan hälsa och sjukdom, mellan kropp och själ ger en förutsättning för en förståelse av de komplexa samband som finns och där vårdens uppgift är att bidra till synergieffekter så att bättre hälsa bidrar till mindre sjukdom och mindre sjukdom till bättre hälsa.

När WHO år 1977 enades om resolutionen om "Hälsa för alla" valdes en primärhälsovårdsstrategi som grund. Den tvärspektoriella ansats som lanserades i Alma Ata-deklarationen¹⁵, där primärhälsovården skulle samordnas och kopplas till andra sektorer, har alltsedan dess utgjort en grund för den fortsatta utvecklingen av hälsoarbetet. Den har präglat såväl målstrategier som utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet. När WHO-projektet Health Promoting Hospitals startade i mitten av 1980-talet¹⁶ var avsikten att utveckla hälso- och sjukvården till att ge större hälsoeffekter. Hälsoorienteringen skulle genomsyra all verksamhet samt förebyggande, sjukdomsbehandling och rehabilitering

¹⁵ World Health Organisation. Alma-Ata 1978: primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, USSR, Geneva; 1978. Report No.: Health for All Series No.1.

¹⁶ Miltz H, Vang J. Consultation on the role of health promotion in hospitals. Health Promotion 1989:4. World Health Organisation. Budapest Declaration. Copenhagen: WHO Europe 1991.

World Health Organisation, Health Promoting Hospital Network document: Aims, Concepts, strategies and possibilities for participation in the International Network of Health Promoting Hospitals: general information. Copenhagen: WHO Europe, 1993.

World health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen. WHO Europe, 1986.

ses i ett hälsoperspektiv.^{17,18} Detta initiativ har nu utvecklats till att omfatta ca 450 sjukhus, varav 15 i Sverige. De strukturella förändringar som skett under åren innebär att man nu alltmera diskuterar i termer av hälsofrämjande hälso- och sjukvårdsorganisationer. Ett exempel är landstinget Östergötland där det sedan ett antal år pågår ett utvecklingsarbete mot en hälsoorientering för att utveckla en effektivare hälso- och sjukvård.

Förebyggande i ett hälsofrämjande perspektiv

Mödra- och barnhälsovård har redan beskrivits under avsnittet sjukdomsprevension. Emellertid har dessa verksamheter en lika stor del hälsofrämjande insatser. Föräldrautbildning, stöd till en trygg graviditet och ett tryggt föräldraskap är sannolikt lika viktiga som de specifikt sjukdomsbevakande insatserna. Vikten av tillgänglighet, trygghet och kompetens med avseende på det förebyggande arbetet gäller på samma sätt för hälsofrämjande insatser.

När det gäller äldres hälsa finns exempel på vinster även i ekonomiska termer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.¹⁹ Under 1980-talet genomfördes det s.k. Rødovreprojektet i Danmark. Projektet innebar att sjukvårdspersonal regelbundet gjorde hembesök hos personer i åldern 75 år och äldre med avsikt att bl.a. diskutera de äldres hälsa och sociala situation, uppmärksamma risksituationer i miljön och koordinera insatser från olika aktörer. Utvärderingen visade att livskvaliteten bevarades, de aktiva levnadsåren blev fler, funktionsförmågan förbättrades och behoven av inläggning på sjukhus minskade.

Stärka patientens hälsoutveckling i det dagliga arbetet

Hälso- och sjukvården har som uppgift att i sina dagliga sjukvårdsinsatser både behandla sjukdom och stödja patientens hälsa, dvs. att bota sjukdom och, där ingen bot finns, lindra och trösta. På grund av åldersutvecklingen kommer framgent en stor del av sjukvårdens

¹⁷ World Health Organisation. Budapest Declaration. Copenhagen: WHO Europe, 1991.

¹⁸ World Health Organisation. Health Promoting Hospital Network Document: Aims, concepts, strategies and possibilities for participation in the International Network of Health Promoting Hospitals: General information. Copenhagen: WHO Europe; 1993.

¹⁹ Hendriksen C (1998) Forebyggande hjemmebesog, i *Gerontologi og samfund*, 1998; 14:2: 40-41.

patienter att ha kroniska sjukdomar. Vårdens framtida arbete kommer därför alltmer att handla om att hjälpa patienten att leva med sin sjukdom, dvs. att ha bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala välbefinnande trots sjukdom och funktionshinder.

Det psykosociala omhändertagandet av patienten i vården, brukar vanligen inte räknas som en del i de sjukdomsförebyggande insatserna. Det har emellertid utomordentlig betydelse för patienternas hälsa. Genom att utveckla förmågan att se bakomliggande orsaker, vara lyhörd för patienternas behov och bättre tolka deras uttryck för oro kan ett bättre stöd ges i behandlingsprocessen.

Helhetssynen får betydelse för patientbemötandet och innebär att stöd ges i behandlingsprocessen till såväl patienten som till dennes sociala nätverk, vilket påverkar patientens möjligheter att tillfriskna. Även om det perspektiv som här beskrivs sällan synliggörs, har det sannolikt en mycket stor folkhälsopotential.

I det hälsofrämjande perspektivet ses patienten som medproducent av sin egen hälsa, s.k. *empowerment*-strategi.^{20,21,22} Ett sätt är att bygga vidare på de erfarenheter som grupper baserade på problembaserat lärande (PBL) har tillägnat sig och som bidragit till kunskapsutvecklingen utifrån behov som patienterna själva har formulerat. Exempel finns från diabetesvården samt från rehabilitering efter hjärtinfarkt.

Egenvården kan ses som ett annat uttryck för hälsofrämjande. Egenvårdsbegreppet innefattar bl.a. att ge patienten möjlighet till kontroll över sin egen hälsa. Vårdgivaren kan tillföra kunskap, som hjälper individen att utifrån sina värderingar göra förnuftiga val i riktning mot hälsa. När befolkningen lär sig att känna igen och behandla enklare sjukdomstillstånd görs också samhällsekonomiska besparingar. Här finns en fortsatt utvecklingspotential för apoteken. Eftervårdsgrupper som ofta är problembaserade kan ledas av representanter från patientföreningar eller andra frivilligorganisationer. Många patienter och anhöriga har haft stort hälsomässigt utbyte av att träffa varandra för att få hjälp och stöd.

²⁰ The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, June 1996. WHO, Copenhagen.

²¹ Fifth Conference of European Health Ministers. "Social Challenge to Health: Equity and Patients Rights in the content of health reforms". Warsaw 7-8 November 1996.

²² Empowering citizens in the planning and management of health care. Draft for the consultation on the development of patients' rights in Europe. WHO. Gothenburg, 18-19 August, 1997.

Kunskapen om vilka metoder som bäst bidrar till att mobilisera individens egna resurser är begränsad. Därför är det viktigt att synliggöra detta arbete, exempelvis genom att mäta och redovisa behandlingsresultat uttryckt i patientens egenupplevda hälsa (fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande). Det ger personalen kompletterande kunskaper och möjlighet till reflektion och feedback på den vård som ges. I sin tur kan detta också bidra till annorlunda prioriteringar.

Rehabilitering

Den medicinska rehabiliteringen har idag inte det resursmässiga utrymme som krävs. Det föreligger ett omfattande rehabiliteringsbehov främst bland långtidssjukskrivna. Dagens brister i detta avseende drabbar individen i många avseenden och förorsakar betydande samhälls-ekonomiska påfrestningar. I en framsynt folkhälsopolitik ingår både att motverka att individer drabbas av hälsoproblem i sitt arbete och att – ifall individen ändå drabbas – erforderliga rehabiliteringsresurser finns att tillgå.

Hälsoinriktat arbete i den kommunala hälso- och sjukvården

Utmaningen för äldrevården ligger i att kunna garantera de äldre ett så gott liv som möjligt när hälsan och funktionsförmågan försvagas och många viktiga sociala kontakter bryts. För många innebär åldrandet att världen krymper och det måste bland vårdpersonalen finnas en insikt i vad det innebär för vårdtagaren då det särskilda boendet utgör livsmiljön.

Hälso- och sjukvården som föredöme för den hälsofrämjande arbetsplatsen

Av olika rapporter under senare tid framgår att många anställda inom hälso- och sjukvården har problem med t.ex. negativ stress, tungt arbete och rökning. Landstingen och kommunerna liksom staten, har som huvudansvariga för folkhälsan även ett krav på sig att leva upp till sitt arbetsgivaransvar för sin personal. Därför är det nödvändigt att skapa förutsättningar för en god hälsa hos den egna personalen. Genom att tillämpa sin kunskap om vad som gynnar en god hälsoutveckling kan hälso- och sjukvården bli modell för den hälsofrämjande arbetsplatsen.

18.2.3 Hälso- och sjukvårdens bidrag som kunskapsgivare

Hälso- och sjukvården har inom miljöområdet en larmfunktion och det gäller då inte enbart den fysiska och kemiska miljön utan även den psykiska och sociala. På vissa områden har hälso- och sjukvården också huvudansvaret för åtgärderna. Det gäller smittskyddet där hälso- och sjukvården fungerar enligt en särskild lagstiftning med systematiska vaccinationsprogram som ett viktigt hälsoskydd. Inom hälso- och sjukvården fungerar vissa preventionsinriktade specialiteter med miljön i fokus, t.ex. yrkes- och miljömedicin samt socialmedicin.

I många fall medverkar hälso- och sjukvården till att undanröja utlösande faktorer i patientens miljö. Det kan gälla allergiframkallande hemmiljöer. Det kan också gälla repetitivt, manuellt arbete som förvärrar besvär från rörelseapparaten och omöjliggör en framgångsrik behandlingsinsats. Arbetsmiljön är yrkesmedicinens och företagshälsovårdens kunskapsfält. Här finns en lång rad exempel på hur patienter blivit ”symtom” på hälsovådliga arbetsplatser där, efter en yrkesmedicinsk bedömning, skadlig exponering avseende kemiska eller fysikaliska substanser kunnat elimineras. Det finns emellertid hinder i hälso- och sjukvårdens organisation och strukturer samt i personalens utbildning, som kan verka hämmande på dessa insatser.

Samtidigt som hälso- och sjukvården skall dela med sig av sin kunskap till andra områden i samhället, måste vården också öka sina ansträngningar att hämta kunskap och erfarenheter från andra sektorer. De bilder av hur hälsoläget avspeglas från t.ex. försäkringskassans perspektiv måste påverka vårdens sätt att prioritera sina insatser. Om exempelvis försäkringskassan redovisar att hälften av alla förtidspensionerade har ryggbesväradiagnoser, innebär det en stark uppfordran till vården att granska om vårdens insatser utformats på ett optimalt sätt.

18.2.4 Samhällsmedicin som strategisk resurs

Bred samhällsmedicinsk, eller om man så vill folkhälsovetenskaplig kompetens, på läns- eller regional nivå bör spela en mer framträdande roll i det hälsopolitiska arbetet och kan till vissa delar ses som en förutsättning för detsamma.

Redan vid hälso- och sjukvårdslagens tillkomst förutsattes en utveckling av samhällsmedicinsk kompetens i landstingen för att kunna leva upp till lagens intentioner om en *samlad* hälsopolitik som omfattade såväl förebyggande som behandlande aspekter. Tillgång till en

sådan bred och samlad kompetens kan fortsatt ses som en förutsättning för att t.ex. kunna genomföra och följa upp nationella folkhälsomål och strategier likväl som WHO:s *Hälsa 21-strategi* på såväl nationell som regional och lokal nivå.

Olika strategiska roller

Samhällsmedicin på regional eller länsnivå har (och kan ha) flera strategiska roller som delvis är överlappande.

- Epidemiologisk bevakning och folkhälsorapportering.
- Behovsbaserad planering och styrning inom hälso- och sjukvården.
- Hälsopolitiska program och andra policyinsatser.
- Förebyggande och hälsofrämjande arbete.
- Uppföljning och utvärdering.

Samhällsmedicinens utveckling inom landstingen

Inriktning, kapacitet och organisation av folkhälso- och samhällsmedicinska enheter inom landstingen varierar kraftigt. I några landsting saknas en sådan enhet, t.o.m. funktion, över huvudtaget. I landsting med universitetsanknytning och sjukhus med ansvar för läkarutbildning kännetecknas verksamheten av en forskningsprofil. Kopplingen till det praktiska folkhälsoarbetet och utvecklingsprojekt sker ofta genom hälsoplanerare. De kan vara anställda centralt i landstingen, lokalt genom placering i primärvården och kommunalt genom samverkansavtal, där landstinget och kommunen delar på lönekostnaderna.

I såväl HSU 2000:s delbetänkande *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119) som i de nationella och länsvisa uppföljningar som genomförts av Socialstyrelsen under 1990-talet påtalas den varierade och ojämna uppbyggnaden, tillgången och utnyttjandet av samhällsmedicinsk kompetens hos enskilda landsting.

Frågan om landstingens samhällsmedicinska funktioner har ytterligare aktualiserats i takt med att sjukvårdsreformer med olika beställar-/utförarmodeller prövas. Det gör det allt viktigare att beställarfunktionen i vården kan analysera sjukvårdsbehoven på ett kvalificerat sätt i den befolkning som den ansvarar för. Denna kompetens är till stora delar lik den som krävs för att bedriva ett kvalificerat folkhälsoarbete. En samordning av dessa funktioner kan därmed vara rationell. I och med att efterfrågan på kvalificerad epidemiologisk och hälsoekonomisk expertis vida överstiger utbudet för ett antal år framöver kan det finnas skäl att överväga om inte i första hand en samordning inom ramen för

de nuvarande sex sjukvårdsregionerna är att föredra. Denna fråga diskuteras ytterligare i kapitel 22 om samordning och styrning av folkhälsoarbetet.

Regionala metod- och kunskapscentra

Årligen satsas i västvärlden mångmiljardbelopp på läkemedel (både inom vård och forskning) för att påverka hälsoproblem som i stor utsträckning förorsakats av den enskildes livsstil. De icke-medikamentella insatserna som vården vidtar för att åtgärda livsstilsproblem eller för att utveckla nya moderna metoder är jämförelsevis mycket blygsamma.

Av såväl Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning, Läkarförbundets program Läkare i Folkhälsoarbetet, som SBU:s analyser framgår att läkare och övrig sjukvårdspersonal känner stor osäkerhet om vilka preventiva metoder som är motiverade och det finns bristande kunskap om hur metoderna tillämpas i praktiken. Medan forskning, utvecklingsarbete och utbildningsinsatser regelmässigt bedrivs för att förbättra diagnostik och behandling, saknas i stor utsträckning motsvarande insatser för att utveckla och sprida preventiva metoder. Viktiga förklaringar till detta är att utvecklingen av nya preventiva modeller och läkemedelsfria metoder under lång tid försumrats av vetenskapssamhället och inte heller haft en sådan kommersiell potential att de utvecklats av marknadsmässiga skäl.

Det ligger ett särskilt ansvar på samhället att utveckla preventiva metoder som kan ingå i och utgöra en del av hälso- och sjukvårdens behandlande och hälsoinriktade arbete. Därför behöver särskilda metod- och kunskapscentra byggas upp, med särskild inriktning på att utveckla metoder som både kan fungera i stället för och som komplement till läkemedel mot livsstilssjukdomar. Vid uppbyggnaden av dessa centra måste beaktas att utveckling av nya preventiva metoder är en fråga av långsiktig karaktär. Dessa centra bör ha en regional förankring, garanteras en långsiktig nationell finansiering, ha en nära anknytning såväl till det praktiska folkhälsoarbetet och det vardagliga vårdarbetet samt ha nära samarbete med universitetens folkhälsovetenskapliga institutioner. Förutsättningarna bedöms goda att olika centra skall kunna profilera sig på olika hälsoproblem, utifrån sin speciella kompetens och intresseprofil. En viktig uppgift för dessa föreslagna centra är att bidra till att nya preventiva metoder också tillämpas i och av hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt, bl.a. genom att särskilda tjänster tillskapas med uppgift att ansvara för kunskapsspridning och implementering.

Förslaget till regionala metod- och kunskapscentra grundas på en bedömning att de samhällsmedicinska enheterna i många landsting inte har förutsättning att själva klara den metodutveckling som här avses. Dessa centra kommer därför att kunna ingå i en samarbetsstruktur baserad på regionala centra.

18.2.5 Förtydligat samarbetsansvar

Folkhälsan kräver samarbete. Formerna för samarbete mellan folkhälsans aktörer är en nyckelfråga på både den nationella, regionala och lokala nivån.

Kommuner och landsting har ett egenintresse av att bedriva folkhälsoarbete inom sina respektive ansvarsområden. Samarbetet mellan kommuner och landsting skulle ge bättre effekt om vissa institutionella förutsättningar beträffande initiering av samarbete tillskapas. I Danmark tillämpas en modell med Sundhedsplanläggning där amterna är skyldiga att under varje mandatperiod utarbeta länsvisa hälsoplaner och kommunerna har att presentera kommunala hälsoredovisningar.

Kommittén har i ett tidigare delbetänkande (SOU 1998:48) uttalat sig om vikten av hälsoplanering i kommuner och landsting. Anpassat till svenska förhållanden skulle en möjlig väg vara att ge såväl landstingen/de nya regionerna som kommunerna ett hälsoplansansvar och ansvar att samverka med varandra med avseende på folkhälsofrågorna inom ett län/en region. Hälsoplansansvaret och önskemålet om samverkan bör lagregleras för att markera folkhälsofrågornas vikt och politiska legitimitet. Frågan om hälsoplaner och samverkan berörs också i kapitlet 19 och 22, varav det senare kapitlet omfattar en utförlig redovisning av planer och samverkan i ett styrnings- och samordningsperspektiv.

18.3 Hinder och möjligheter

18.3.1 Hinder

Brist på tid, långsiktighet och samverkan

I praktiken prioriteras helt naturligt det mest närliggande vilket ofta är de personer som söker vård. Med de stora förändringar som sker i hälso- och sjukvården finns risken att det långsiktigt preventiva arbetet blir eftersatt. Det gäller särskilt när det krävs samverkan mellan flera olika delar av samhället.

Både pionjäranda och senfärdighet

Samtidigt som det i Sverige tidigt fanns en medvetenhet om värdet av förebyggande insatser för barn och gravida mödrar, fanns under lång tid ingen motsvarande inställning beträffande förebyggande insatser gentemot patienter som drabbats av t.ex. hjärtinfarkt och slaganfall. Därför kom under lång tid prevention i övrigt att behandlas som en verksamhet vid sidan av och ofta åtskild från ordinarie vårdinsatser. Vårdutbildningarna, särskilt läkarutbildningen, har i begränsad utsträckning integrerat preventiva perspektiv till en helhetssyn på patienten och såväl forskarsamhället som forskningspolitiken har försummat folkhälsoområdet. Det hela har efter hand utvecklats till en negativ cirkel, där försummade forskningsinsatser inneburit att nya metoder inte utvecklats. I brist på preventiv forskning och metodutveckling har därför under årens lopp många vårdinsatser inte gett optimala hälsoeffekter för den enskilde.

18.3.2 Möjligheter

Professionerna och folkhälsoarbetet

Vid en europeisk WHO-konferens på ministernivå i Ljubljana, Slovenien år 1996 om hälso- och sjukvårdsreformer enades konferensen om Ljubljamanifestet²³, som slår fast att den bärande principen för hälso- och sjukvården först och främst är att främja människors bättre hälsa och livskvalitet. De närvarande hälsoministrarna, eller deras representanter, förband sig genom manifestet att agera för vissa grundprinciper vid reformering av hälso- och sjukvården, varav en är att sätta hälsovinster i fokus och att vara uppmärksam på hur hälso- och sjukvården bidrar till en bättre hälsa.

För att genomföra hälso- och sjukvårdsreformer med denna inriktning anges några nyckelprinciper: Behovet av en utvecklad hälso-policy, lyhördhet inför medborgarnas förväntningar på vårdens innehåll och kvalitet, möjligheter att kunna göra medvetna val, vilket i sin tur förutsätter både lämplig information och utbildning.

Genom att stärka profileringen bland olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården läggs en grund för att utveckla de multiprofessionella team som skall ta hand om framtidens vårdbehov. Därför måste förmågan att ge vård av hög kvalitet och kompetensen att arbeta

²³ The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, June 1996. WHO, Copenhagen, Pettersson B. *Folkhälsoytt* 5/96. Sammandrag på svenska.

förebyggande och hälsofrämjande ingå i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal.

Kontakt med de flesta

Hälso- och sjukvården når mycket stora delar av befolkningen med relativt täta intervaller. Det gäller mödra- och barnhälsovården men också sjukhus- och primärvården liksom äldrevården. Olika uppsökande verksamheter når också stora andelar av de grupper man riktar sig till såsom är fallet med mammografi och vaccinationer. Ändå kvarstår mycket att göra när det gäller att nå äldre med nedsatt hälsa, psykiskt sjuka samt vissa invandrare.

Avgörande för resultaten av preventiva insatser är i hög grad det förtroende människor har för vården och dess anställda. Företrädare för vården har generellt sett stort förtroende hos allmänheten i hälsofrågor och människor tillmäter de råd man får i vården stor betydelse.

Ta till vara kunskap, legitimitet och trovärdighet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 § 2c) skall hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom och skada. Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård oavsett om den bedrivs på sjukhus, i öppen vård eller i det egna boendet liksom oberoende av privat eller offentligt huvudmannaskap.

Mycket talar för att det idag brister i att uppfylla detta krav när det t.ex. gäller alternativ till medicinering i form av att sluta röka, dricka mindre alkohol, äta bättre, röra sig mer, samt ge akt på sitt behov av vila och sömn. Samtidigt bidrar dessa vanor och ovanor i hög grad till ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Mycket talar också för att hälso- och sjukvårdens råd i dessa frågor är långsiktigt utomordentligt kostnadseffektiva.

Tillgänglighet viktig

Hälso- och sjukvården är en instans dit utsatta människor ofta söker sig för att få hjälp med medicinska eller psykosociala problem. Sjukvården får på detta sätt en unik inblick i människors livsvillkor och dess konsekvenser vilket är särskilt tydligt på akutmottagningarna och i den öppna vården. Det är viktigt att inte medikalisera sociala problem.

Emellertid presenterar många patienter sina problem i symtomtermer – också när den primära orsaken ligger utanför sjukvårdens primära uppdrag. Det är därför en angelägen uppgift att rätt identifiera grundorsaken till symtomen. Under senare år har *Läkartidningen*²⁴ och fler avhandlingar gett utmärkta exempel på den vinst, i hälsa för patienten och i färre besök på mottagningen, som denna form av djupare analys kan bidra med. I nästa steg kräver detta arbetssätt väl utvecklade kontaktvägar med andra aktörer.

Hälso- och sjukvården kan alltså hjälpa till att identifiera effekterna av ojämlikheter och kommunicera dessa till omvärlden samt motverka dem genom att ge god medicinsk vård, socialt engagemang och uppföljning via egna eller andra aktörer i samhället. Ett fungerande samarbete mellan sjukvårdens olika delar och kommunernas övriga ansvarsområden, liksom med frivilligorganisationer är därvid av största vikt.

18.4 Bedömning

18.4.1 Hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan

Utifrån det underlag som redovisats i denna rapport sammanfattar kommitténs arbetsgrupp hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan i tre punkter:

Hälso- och sjukvården bör

1. stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper
2. stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen
3. använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

1. Stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

- *Effektivt behandla sjukdom, rehabilitera efter sjukdomsperiod, men också, hos den kroniskt sjuke stödja individens möjlighet att leva ett bra liv.*

Hälso- och sjukvårdens uppgift är att effektivt behandla sjukdom och att hjälpa patienten tillbaka till ett normalt liv. Det innebär att bidra till mindre sjukdom och handikapp, till mindre smärta men också till

²⁴ Stolt C-M. Moment i läkekonsten, del 4. Se hela personen – inte bara patienten. *Läkartidningen* 2000; 13:1570-1.

bättre, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Särskilt gäller detta vårdens insatser för de kroniskt sjuka, där den huvudsakliga insatsen är att underlätta för patienten att leva med sin sjukdom och att förhindra ytterligare ohälsa. Vården har därtill ett ansvar för att på olika sätt stödja patientens anhöriga.

- *Initiera och stödja hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på individ- och gruppnivå och utveckla metoder så att preventiva insatser naturligt integreras i "vårdkedjan".*

Hälso- och sjukvården har unika möjligheter att, i mötet med den enskilde patienten aktualisera hälsofrämjande och förebyggande aspekter. Det handlar om att, där sjukdomen/symtomen har orsaker som ligger utanför sjukvårdens domän, identifiera dessa, och därigenom bidra till lösningar också av problem med social, psykisk eller miljömässig grund. Det handlar om förebyggande insatser för att individer inte skall drabbas av sjukdom och bli patienter.

Det handlar också om att inkludera förebyggande insatser som del i behandling av sjukdom och därmed t.ex. stödja patienter till förändringar i tobaks-, alkohol-, mat- eller motionsvanor. Dessa insatser kan inte ersättas av andra aktörer. Vårdens roll och auktoritet utgår från dess specifika kombination av kunskap om dels sjukdom, dess orsaker och behandling, dels den unika enskilda människan, hennes bakgrund och livsvillkor.

En stor del av förväntningarna när det gäller prevention riktas också i fortsättningen på primärvården. Då den utifrån det underlag som här redovisas bedöms ha stora svårigheter att tillvarata sin preventiva potential, behövs en mer genomgripande reform. Sjukvårdsuppgifterna måste klaras för att den preventiva legitimiteten skall kunna upprätthållas. Från folkhälsosynpunkt är det därför nödvändigt att förändra och utveckla dagens öppenvårdsmodell så att den både tillgodoser befolkningens behov av primärhälsovård och primärsjukvård. Såväl *primärhälsovårdsuppdraget* som *primärsjukvårdsuppdraget* bör tillförsäkras sådana ekonomiska och personella förutsättningar att uppgifterna kan lösas. När hälso- och sjukvårdens framtida folkhälsouppdrag skall preciseras måste perspektivet vidgas till att också omfatta sjukhusvården i stort. Förutom nya resurser handlar det om utvecklade samarbeten:

- Det behövs en bättre vertikal integrering genom att primärsjukvården bildar arbetslag med länssjukvårdens öppna del.
- Det behövs en horisontell integrering genom förstärkta primärhälsovårdsresurser som möjliggör både befolkningsinriktade och individorienterade insatser i det område som betjänas.

- Det behövs en aktiv lokal folkhälsosamverkan mellan landsting, kommuner, försäkringskassa och arbetsförmedling.
- *Ge stöd till individer eller grupper med ökad sårbarhet för sjukdom eller ohälsa, dvs. som lever med riskfaktorer för sjukdom eller med bristande psykosociala resurser.*

En del i en övergripande strategi för ett hälsovänligt samhälle handlar om att påverka viktiga livsstilsrisker.

Hälso- och sjukvården har genom sin breda kontaktyta speciella förutsättningar att nå grupper som är särskilt sårbara i hälsoavseende. Det kan ske genom en vård som är lokalt närvarande och öppen för alla på lika villkor. Primärvården har som direktverkande preventiv struktur förmåga att ”nå alla individuellt” och kan därmed bidra till att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper. Den har unika förutsättningar att som hälsoaktör ge viktiga bidrag till stöd till individen: i speciella skeden av livet, t.ex. via mödra-, barn- eller skolhälsovård, i vissa åldrar, t.ex. i form av inbjudan till hälsosamtal, eller med anledning av ett speciellt hälsoproblem – allt från övervikt till vaccinationer – eller att identifiera och behandla individer med högt blodtryck eller ärftlig blodfetsrubbnings. Den kan också genom skärpt uppmärksamhet identifiera patienter med psykiska problem tidigare än som sker idag. En förutsättning för att t.ex. självmordsprevention skall fungera är att olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården blir vaksamma på tidiga signaler.

2. Stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

- *Bidra med kunskap om sjukdomars och hälsans bestämningsfaktorer, dess fördelning och hur de kan påverkas.*

Hälso- och sjukvården har genom sin verksamhet kontakt med huvuddelen av befolkningen. Den har viktig kunskap om förekomst av sjukdom och ohälsa, liksom om vilka faktorer som bidrar till mindre sjukdom och bättre hälsa. Denna kunskap kan, genom att systematiskt och tillämpbart struktureras, ge nödvändigt underlag till de aktörer som kan påverka orsakerna till sjukdom och ohälsa nationellt, regionalt och lokalt.

Alltmer av kunskapsbildning och -spridning sker genom forskning och utbildning på internationell bas. På den nationella nivån finns en arbetsfördelning som gör det möjligt att delta i och följa den internationella utvecklingen samt utvärdera och omsätta nya kunskaper i riktlinjer för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom

landet. Ny teknik öppnar också bättre möjligheter att få skräddarsytt material efter skiftande behov, vilket t.ex. är fallet med Socialstyrelsens program Hur mår Sverige. Såväl nationella som regionala folkhälso rapporter och program för olika områden spelar en allt större roll för kunskapsspridningen när det gäller att främja hälsan och förebygga sjukdomar. I växande grad kombineras där kunskaper om dels subjektiva uppfattningar om hälsa, vanor och ovanor, dels mer objektiv information om t.ex. arbetslöshet, sjukskrivningar och förtidspensioner.

Eftersom en stor del av påverkansmöjligheterna finns på det lokala planet är det av största vikt att materialet så långt möjligt går att bryta ned till lokal nivå för att kunna användas av lokala hälsoplanerare och allsidigt sammansatta hälsoråd eller motsvarande. Inte minst betydelsefullt är detta när det gäller att analysera och åtgärda levnadsvillkor för t.ex. barn och gamla liksom orsakerna till de stora skillnaderna i hälsa mellan olika geografiska områden. Geografiska skillnader berörs ytterligare i kapitel 19 om kommunernas folkhälsoarbete.

- *Aktivt delta i det egna lokalsamhällets, regionens och nationens insatser för att påverka grundläggande orsaker till sjukdom och ohälsa.*

Hälso- och sjukvården är en av de viktiga aktörerna i lokalsamhället. Den kan utifrån sin närhet, sina "vardagserfarenheter" spegla hälso villkoren lokalt och genom sin kompetens ge legitimitet och kontinuitet åt förebyggande insatser. Många primärhälsovårdsinsatser förutsätter för att få genomslag och betydelse, ett brett samarbete mellan landstingens och kommunernas verksamhet. Därför skall vården också aktivt delta i det egna lokalsamhällets engagemang för folkhälsan. Därtill har hälso- och sjukvården, bl.a. via sin folkhälsovetenskapliga/samhällsmedicinska kompetens – en viktig roll i regionens strategiska utvecklingsarbete för att vidmakthålla och förbättra folkhälsan. Hälso- och sjukvården kan och bör också stödja arbetet för en bättre folkhälsa på nationell nivå, inte bara genom kunskapsunderlag utan också genom expertmedverkan i olika sammanhang.

3. Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

- *Genom en målorientering av verksamheten ge ökade förutsättningar för prioritering, samordning och effektivisering.*

En hälsoorienterad helhetssyn på hälso- och sjukvårdens uppdrag innebär att det både är viktigt att sjukdomen är adekvat medicinskt be-

handlad, och att patientens egenupplevda hälsa förbättras – att patienten kan leva ett värdigt, normalt liv. Den hälsoorientering som här avses stämmer väl överens med värderingar som har stark förankring i det svenska samhället.

Målorienteringen ger därtill förutsättning för en decentralisering av verksamheten. En verksamhet med tydliga mål och där besluten är decentraliserade ger två effekter. Dels ger den bättre möjlighet att ta till vara den kunskap som finns i organisationen, dels innebär den ett ökat beslutsutrymme och en bättre arbetssituation för personalen. En viktig förutsättning för målorientering är att man har en klar och strukturerad modell för uppföljning.

Allt fler landsting utvecklar nu metoder för att mäta hälsa och hälsovinster eller vårdresultat, såväl för enskilda och grupper av patienter som för befolkningen i vid mening. Det ger en möjlighet att fokusera på hälsovinster snarare än på sjukvårdsproduktionen i sig. En utveckling av avtalsstyrning kan möjliggöra denna utveckling genom att landstingen, genom sina beställningar till vården, successivt fokuserar på resultat; man beställer hälsoeffekter. På detta sätt kan hälsoorienteringen ses som ett strategiskt instrument som kan utveckla en, i reell mening, effektivare hälso- och sjukvård.

- *Som arbetsgivare främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen.*

Det är, ur flera aspekter, allvarligt att just hälso- och sjukvårdens egen personal visar tecken på en försämrad hälsa. Den verksamhet som har "hälsan som affärsidé" borde vara en föregångare för att skapa den goda arbetsplatsen.

Detta är viktigt också för patienternas hälsoutveckling. Personalens egna erfarenheter präglar vårdens syn på sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta är också nödvändigt för att ta till vara de anställdas kompetens i ett arbetssätt som gör patienter och anhöriga mer delaktiga i vården. För en sådan utveckling talar också krav från morgondagens patient med ökad förmåga och intresse att ta till sig information och kunskaper i hälsofrågor.

18.4.2 Viktiga åtgärder

Kommitténs arbetsgrupp anser att en rad åtgärder är nödvändiga för att öka hälso- och sjukvårdens bidrag till folkhälsan. I följande punkter redovisas kortfattat några av de viktigaste förslagen:

Hälso- och sjukvårdens planer utvecklas i en hälsofrämjande riktning

Det är viktigt att huvudmännen verkar för att hälso- och sjukvården utvecklas i en hälsofrämjande riktning. Preventiva insatser skall inte vara en parallell verksamhet till vård utan en självklar och integrerad del i hela vårdkedjan. Landsting och kommuner skall verka för att resurser fördelas så att hälsoinriktade vårdinsatser stimuleras och en tydligare patient- och resultatorientering utvecklas.

Hälsa 21-strategin banar väg för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Utbildningen för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård skall bygga på WHO:s Hälsa 21-strategis hälsofrämjande principer och förbereda dessa yrkesutövare för hälsofrämjande, förebyggande, vårdande och rehabiliterande tjänster av god kvalitet samt underlätta samarbetet mellan klinisk verksamhet och folkhälsoarbete. WHO-målen, liksom den hälsoinriktning av vården som redovisas i underlagsrapport nr 15 om en hälsoinriktad hälso- och sjukvård, ställer krav på en bred vidareutbildning för hälsoorientering av den svenska hälso- och sjukvårdens personal. Härigenom bekräftas att detta ger förutsättningar för ett nytt förhållningssätt också i praktiken.

Regionala centra för metodutveckling.

Årligen satsas i västvärlden mångmiljardbelopp på läkemedel både inom vård och forskning för att påverka hälsoproblem som i stor utsträckning förorsakats av den enskildes livsstil. De icke-medikamentella insatserna som vården vidtar för att åtgärda dessa livsstilsproblem eller för att utveckla nya moderna metoder är jämförelsevis mycket blygsamma. Då de läkemedelsfria metoderna sällan har kommersiell potential, har samhället ett särskilt ansvar att utveckla dessa.

I Sverige behöver därför regionala metod- och kunskapscentra utvecklas, med särskild inriktning på att utveckla metoder som kan fungera i stället för och som komplement till läkemedel mot livsstilsjukdomar. Dessa centra med långsiktig nationell finansiering, bör ha en nära anknytning såväl till det praktiska folkhälsoarbetet, det vardagliga vårdarbetet som till landets folkhälsovetenskapliga institutioner.

Ge landsting och kommuner ett ansvar för hälsoplaneringssamarbete

Folkhälsan kräver samarbete. Samarbete behöver dock vissa institutionella förutsättningar. I annat fall lämnas initiativet till enskilda aktörer och förutsättningarna för gemensamma insatser begränsas. Landstingen och kommunerna bör ges ansvar för att göra hälsoplaner och samverka för att uppnå en bättre folkhälsa.

Investera i hälsa

Med växande kunskaper ökar möjligheterna att inte bara genomföra botande utan även lindrande och förebyggande insatser. En sådan utveckling är inte bara mänskligt utan också samhällsekonomiskt önskvärd. Det gäller i allra högsta grad i ett framtidsperspektiv med fler äldre och färre i förvärvsaktiv ålder liksom med påtagliga risker för en tilltagande segregation.

Individen efterfrågar inte hälsoinsatser på samma sätt som vårdinsatser. Därför är det ett viktigt gemensamt uppdrag att "beställa" folkhälsa. Uppdraget måste fungera oavsett beslutssystem, inkl. beställar-utförar-modeller som utvecklats i landsting och kommuner. Beställningarna har länge varit starkt produktionsorienterade. I och med det hälsoinriktade tänkande, som präglar alltfler landsting, förskjuts successivt fokus i beställningarna från aktivitet till vårdresultat.

Denna omorientering kan ytterligare stimuleras. Då hälsoproblem ofta beror på faktorer utanför hälso- och sjukvården bör landsting eller beställarstyrelser lokalt och regionalt kunna samla viktiga aktörer med ansvar för hälsans olika bestämningsfaktorer till gemensamma initiativ, investeringar i Hälsa, som sedan kan finansieras inom en hälsobudget.

Tydligare folkhälsosyn i lagstiftning

Det regelverk som bildar underlag för tillsyn av patientvården och som samtidigt innehåller föreskrifter kring patientsäkerhet, har ingen motsvarighet i fråga om folkhälsoområdet. Medan exempelvis smittskyddslagen också reglerar insatser av befolkningskaraktär finns inga motsvarande uppdrag vad gäller prevention och befolkningsansvar. Arbetsgruppen önskar därför en översyn av lagstiftning som reglerar insatser av folkhälsokaraktär.

Sveriges agerande internationellt mot tobak, alkohol och andra droger

Tobak och alkohol är fortfarande de enskilda riskfaktorer som orsakar det största antalet förlorade levnadsår. Dessa droger är dessutom viktiga faktorer bakom skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper. Från folkhälsosynpunkt är det klokt att ha en så hög tobaksskatt som möjligt och att bevara en restriktiv alkoholpolitik. Härmed skulle alternativ användning av vårdresurser möjliggöras och åtgärderna ge dubbla hälsovinster.

19 Ett stärkt kommunalt folkhälsoperspektiv¹

19.1 Inledning

19.1.1 Engagemanget för folkhälsofrågor har ökat

Kommunerna har genom sina olika ansvarsområden en direkt betydelse för folkhälsan. Hur kommunerna väljer att arbeta med verksamheter som hälsoskydd, miljöskydd, smittskydd, djurskydd, avfall, kemikaliehantering, livsmedelskontroll, planläggning av mark- och vatten, brandsäkerhet och trafiksäkerhet har direkta konsekvenser för människors hälsa.

Kommunerna har ansvar för att barn och ungdomar växer upp under trygga förhållanden och att de får tillgång till kunskaper och färdigheter som främjar deras utveckling som individer och samhällsmedlemmar. Förskolan och skolan är viktiga i det sammanhanget. Till kommunernas ansvar hör också att tillhandahålla omsorg och vård till äldre och funktionshindrade personer som behöver det.

Kommunerna har ansvar för att förebygga och åtgärda missbruk av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel. Det gäller särskilt med avseende på barn och ungdom. Kommunernas alkoholpolitiska ansvar gäller också tillståndsprövning och tillsyn av restaurangernas servering av alkoholdrycker. Även kommunernas engagemang inom kultur- och fritidsområdet påverkar människors hälsa genom de aktiviteter som erbjuds.

Medvetenheten om hur de kommunala verksamheterna påverkar folkhälsan har ökat under senare år. Det visar sig i ett ökat intresse och engagemang för folkhälsofrågor. Allt fler kommuner har bildat s.k. lokala folkhälsoråd² och folkhälsoarbetet ingår som en viktig del i det

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat.

² Folkhälsoråd även benämnt hälsoråd är ny form av förvaltningsstruktur med tvärsektorieellt samarbete på regional respektive lokal nivå. Folkhälsoråd är ett organ för sektorsövergripande lokal samverkan mellan lokala aktörer, t.ex. kommunen, landstinget, frivilligorganisationer, försäkringskassor.

lokala Agenda 21-arbetet i många kommuner.³ Även antalet folkhälso-
nätverk för kommuner har ökat under senare år. Ett annat exempel är
att 43 procent av landets kommuner numera har lagt ansvaret för folk-
hälsofrågorna på kommunstyrelsen jämfört med 24 procent år 1996.⁴

Ytterligare exempel på att kommunernas intresse och engagemang
för folkhälsofrågor har ökat är det politiska programarbete som Lands-
tingsförbundet och Svenska Kommunförbundet genomförde under åren
1995–1998 med syfte att ge folkhälsofrågorna en ökad tyngd i den
politiska debatten och att stimulera till ett ökat tvärsektoriellt sam-
arbete. En viktig uppgift i programarbetet var att tydliggöra dagens
stora folkhälsoproblem och hot mot en positiv hälsoutveckling och att
därmed lyfta fram de sociala skillnaderna i ohälsa. I programarbetet
uppmärksammades särskilt barns och ungdomars hälsa samt kvinnors
och invandrares hälsoproblem. En slutrapport, *Främja hälsa – före-
bygg sjukdomar*, utgavs år 1998. Rapporten innehåller ett 12-punkts-
program för en bättre folkhälsa. Folkhälsoprogrammet initierade även
två andra projekt, nämligen *Demokrati och hälsa* samt *Hälsokon-
sekvensbeskrivningar (HKB) av politiska beslut*. Resultaten från pro-
jekten har redovisats i skrifter, vid seminarier samt via Internet.

Folkhälsoprogrammet redovisas mer utförligt i kapitel 24 som
behandlar välfärdslut och HKB.

19.1.2 Innehåll och syfte

Det övergripande syftet med kapitlet är att redovisa olika förutsätt-
ningar för att stärka folkhälsoperspektivet i kommunernas verksam-
heter.

Avsnitt 19.2 innehåller en kort sammanfattande redogörelse av
kommunernas remissvar på kommitténs delbetänkande *Hälsa på lika
villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137).
Inriktningen i redovisningen är att klargöra bl.a. vilka målområden och
målgrupper som kommunerna anser är angelägna att prioritera.

I avsnitt 19.3 redovisas en sammanfattning av 19 aktiva kommun-
politikernas synpunkter när det gäller förutsättningarna för att stärka
folkhälsoperspektivet i det kommunala arbetet. Synpunkterna har
inhämtats genom att kommitténs sekretariat har ställt frågor till folk-
hälsointresserade kommunpolitiker med olika politisk hemvist.

³ Svenska Kommunförbundet. *Fakta om Sveriges 289 kommuner*. Stockholm
1999. internet:<http://www.svekom.se>

⁴ Svenska Kommunförbundet. *Miljö- och hälsoskydd i kommunerna – en enkät-
undersökning 2000*. Stockholm 2000.

De synpunkter som framträder i avsnitten 19.2 och 19.3 lyfts fram ytterligare i avsnitt 19.4 med avsikt att ge perspektiv på kommunernas folkhälsouppdrag. Redovisningen kompletteras med uppgifter från några studier om folkhälsoråd och nätverk för kommunalt folkhälsoarbete.

Kapitlet avslutas med en bedömning i avsnitt 19.5.

19.2 Vad vill kommunerna prioritera?

Kommitténs delbetänkande Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1999:137) sändes på remiss till 49 kommuner. Av dessa kommuner svarade 38. Kommunernas svar visar hur de önskar utveckla sitt folkhälsoarbete och sin folkhälsopolitik i framtiden. Alla kommuner har inte tagit upp alla områden, men den bild som framträder är ganska homogen även om mindre lokala variationer förekommer.

19.2.1 Viktiga målområden

Kommunerna är i allmänhet mycket angelägna om att lyfta fram den egna organisationens betydelse när det gäller att skapa förutsättningar för förbättringar av folkhälsan. Kommunerna poängterar ofta att huvudansvaret åligger dem, och att folkhälsouppdraget bör lösas inom ramen för kommunallagens föreskrifter om ansvaret för innevånarnas välbefinnande.

Arbetsliv och ekonomisk trygghet

När det gäller arbetsliv och ekonomisk trygghet är det främst arbetet med den egna personalens hälsa som sätts i fokus. Flera kommuner är oroliga för de förändringar som skett inom den offentliga sektorn under 1990-talet, och hur detta har påverkat personalen framför allt inom vård, skola och omsorg. Det är därför viktigt, anser man, att begreppet hälsofrämjande arbetsplats lyfts fram även inom den kommunala verksamheten. Remissvaren visar på en oro för den ökande stressen. Organisations- och ledarskapsutveckling föreslås som möjliga åtgärder för att minska stressen. Dessutom vill kommunerna satsa på personalen genom traditionellt friskvårdsarbete, såsom motion, rökavvänjning och liknande aktiviteter.

Socialt kapital och sociala relationer

Att skapa bra förutsättningar för goda sociala relationer är något som många kommuner tar fasta på. Detta kan enligt kommunerna ske på många sätt. Flera kommuner talar om vikten av ett mobiliserande folkhälsoarbete, där medborgare aktivt engagerar sig för att förbättra sina livsvillkor. Detta anser man går hand i hand med ett utvecklingsarbete när det gäller demokratifrågor.

Vidare pekar kommunerna på möjligheterna att utveckla bostadsområden och skolor till stödjande miljöer. När det gäller skolan lyfts den sociala och demokratiska fostran fram som viktiga inslag, liksom behovet att öka eleverns och föräldrars möjligheter till inflytande. Här förekommer även begrepp som ”öppna skolor” – skolor som spelar en nyckelroll i att utveckla demokrati, miljö och förbättrade levnadsvillkor i ett bostadsområde eller på en ort.

När det gäller att utveckla sociala relationer lyfter flertalet kommuner fram behovet av att vidareutveckla samverkan med föreningslivet. Inom detta område förefaller det finnas stora förhoppningar från kommunernas sida, både när det gäller att utveckla ett socialt stöd kring barn och barnfamiljer och i arbetet med att stödja de äldre.

Miljöfaktorer

Att arbeta med miljöfrågor har av tradition varit ett kommunalt uppdrag. Detta är något som lyfts fram i flera svar. Emellertid önskar kommunerna ofta en ökad tydlighet när det gäller kopplingen mellan miljöarbetet och folkhälsoarbetet. Likaså önskar flera kommuner att sambandet mellan folkhälsoarbete och arbetet med Agenda 21 tydliggörs. Från flera håll poängteras att folkhälsa bör samordnas med Agenda-arbetet.

När det gäller förslag till förbättringar inom miljöområdet som kommittén framför, t.ex. grönplaner, påpekar flera kommuner att detta bör gå att lösa inom ramen för det planarbete som pågår redan idag genom exempelvis översiktsplaner.

Rekreation, mat och fysisk aktivitet och droger

Ett mindre antal av kommunernas remissvar berör ”klassiska” folkhälsoområden såsom friluftsliv, matvanor, fysisk aktivitet eller droger. De svar som ges handlar framför allt om att skolan måste bli bättre på att både förmedla ett tydligt hälsobudskap och skapa goda förutsättningar för hälsa på annat sätt genom att t.ex. servera bra mat eller skapa möjlighet till rörelse. Några svar tar upp behovet av god personalvård, vilket även inkluderar stöd till hälsofrämjande livsstilar. Ett fåtal kommuner lyfter också fram en god natur och friluftsmiljö som viktiga tillgångar, och att detta bör beaktas i det övergripande planarbetet.

När det gäller drogförebyggande arbete pekar flera kommuner på möjligheterna att sammankoppla detta arbete med brottsförebyggande arbete eller skapandet av lokala trygghetsråd.

19.2.2 Sjukdomar och skador

Den psykiska hälsan ses som en stor uppgift för det kommunala folkhälsoarbetet. Det handlar om att förbättra arbetsorganisation och arbetsmiljö, och att skapa trygghet och medinflytande i skolan. Det handlar också om att förbättra villkoren för barnfamiljer, arbetslösa och invandrare samt att utveckla det hälsofrämjande arbetet bland de äldsta. Kommunerna anser att det finns stora möjligheter till handling när det gäller dessa frågor. Samtidigt efterlyses en metodutveckling inom området.

Skadeförebyggande arbete, liksom allergiförebyggande arbete, är uppgifter som vissa kommuner har ägnat sig åt sedan lång tid tillbaka. Flera kommuner lyfter fram att verksamhet inom dessa områden är angeläget, såsom registrering av skador och arbete i allergikommittéer.

När det gäller arbetet med prevention av sexuellt överförbara sjukdomar, och förebyggande av oönskade graviditeter, framhåller ett antal kommuner att detta arbete bör integreras med övrigt kommunalt folkhälsoarbete.

19.2.3 Målgrupper

Barn och ungdomar är den målgrupp som särskilt betonas i remissvaren. Kommunerna önskar utveckla sitt arbete med barns psykiska hälsa, men också med livsstilsfrågor. Kommunerna vill skapa bättre förutsättningar för att arbeta med kost och rörelse i alla åldrar. Man vill också fokusera på tonåringar och droger.

Flera kommuner nämner också behovet av att utveckla det förebyggande och uppsökande arbetet bland äldre. Behovet av att arbeta med målgruppen invandrare nämns främst av storstadskommuner. Flera kommuner vill lyfta fram genusperspektivet i folkhälsoarbetet. Speciellt nämns behovet av att stödja kvinnors psykiska hälsa.

19.3 Att stärka kommunernas förutsättningar – enkätsvar från engagerade kommunpolitiker

För att fördjupa bilden av kommunernas möjligheter att utveckla folkhälsoaspekterna i kommunernas verksamheter har kommitténs sekretariat skrivit ett brev till 30 folkhälsoengagerade kommunpolitiker från olika partier. Namn på politikerna har sekretariatet fått genom nätverken för folkhälsoarbete i större respektive medelstora städer samt genom Svenska Kommunförbundet. 19⁵ av de 30 politikerna har besvarat följande frågor:

1. Vad anser Du är väsentligt för att stärka folkhälsoperspektivet i det kommunala arbetet?
2. Inom vilka kommunala områden och verksamheter anser Du att det är angeläget att lyfta fram folkhälsoaspekterna?
3. Vilka åtgärder inom dessa områden anser Du kan förbättra folkhälsan?
4. Vilket stöd anser Du att kommunen behöver ha av andra aktörer, inklusive staten för att på kort, respektive på längre sikt kunna gå från ord till handling i folkhälsofrågan?

Svaren på dessa frågor redovisas nedan. Eftersom flera politiker valt att besvara fråga 2 och 3 tillsammans, redovisas svaren på dessa frågor tillsammans.

⁵ De 19 politikerna som har bevarat frågorna är följande: Johnny Andersson (s) Örebro; Jan Ask (s) Uppsala; Eva Bergström (m) Hässleholm; Håkan Blomberg (s) Nora; Berit Dahlström (v) Östersund; Veine Edman (c) Linköping; Tommy Hamberg (v) Eskilstuna; Else-Marie Lindgren (kd) Borås; Bengt Nordstam (v) Karlstad; Peder Persson (s) Jönköping; Christina Raud (s) Götene; Britt Sandström (s) Västerås; Anna-Lena Sjölund (c) Umeå; Greger Tidlund (s) Trosa; Märta Tofeldt (s) Trollhättan; Kerstin Wadelius (s) Gävle; Christer Velinder (s) Hässleholm; Staffan Werme (fp) Örebro; Lars Österdahl (m) Karlstad.

De politiker som har svarat är samstämmiga i allt väsentligt när det gäller de lokala folkhälsofrågorna och folkhälsoarbetet. Alla är angelägna om att folkhälsoperspektivet stärks i kommunernas verksamheter.

19.3.1 Att stärka det kommunala folkhälsoperspektivet (fråga 1)

En viktig, återkommande synpunkt från politikerna, är behovet att synliggöra kommunernas uppdrag, och att tydliggöra kopplingen mellan det kommunala uppdraget och utfallet i form av folkhälsa. Politikerna efterlyser en ökad medvetenhet bland såväl förtroendevalda som tjänstemän dels om sambandet mellan kommunal verksamhet och folkhälsa, dels om att folkhälsoperspektivet måste integreras i samtliga verksamheter. De är eniga om att folkhälsoarbetet inte får uppfattas som något nytt som tillkommer, utan som en fråga som hela tiden funnits med och som nu bör lyftas fram och fokuseras.

Politikerna ger exempel på ett antal förutsättningar som krävs för att stärka det lokala folkhälsoarbetet. En förutsättning som framhålls är kunskap och kompetensutveckling genom att satsa brett på utbildning i folkhälsofrågor bland såväl förtroendevalda som tjänstemän inom alla kommunala verksamheter. En annan förutsättning är att en god organisation skapas så att samverkan över förvaltningsgränser kan ske. Detta förutsätter också samverkan med andra huvudmän.

Flera svarande lyfter fram behovet av någon form av hälsoråd samt att en samordnande tjänsteman (hälsoplanerare eller dylikt) kopplas till verksamheten. Ett folkhälsopolitiskt program, baserat på lokala behov, är ytterligare en förutsättning, liksom instrument för uppföljning.

19.3.2 Prioriterade områden och åtgärder (fråga 2 och 3)

Flera av de svarande är angelägna om att lyfta fram folkhälsoaspekten inom samtliga verksamheter och att utveckla översiktsplanering, bostadsplanering och arbetsmarknadspolitik i en riktning som främjar folkhälsan. Några områden ses dock som särskilt angelägna. Ett område som har hög prioritet är barn och ungdom. I synnerhet bör barns och ungdomars livsvillkor förbättras. Man bör enligt svaren satsa på förbättrade uppväxtvillkor, såväl generellt med inriktning på alla barn, som specifikt genom åtgärder som möjliggör tidig upptäckt av särskilda problem hos barn och deras familjer. När det gäller mindre

barn vill politikerna utveckla forum för samverkan mellan myndigheter och mötesplatser för föräldrar, som t.ex. familjecentraler.

Ett annat område som omnämns är förskolan och skolan. Dessa bör utvecklas till att bli mer hälsofrämjande anser man. Begreppet hälsofrämjande skola nämns med innebörden att förbättra undervisningen i livsstilsrelaterade frågor, att skapa förutsättningar för goda livsval och att utveckla demokrati och elevmedverkan. Flera politiker lyfter fram ungdomars behov av delaktighet och stöd i utvecklingen mot vuxenhet.

Ett annat angeläget område är de äldres hälsa. Här lyfter de svarande fram behovet av att stödja och underlätta en hälsofrämjande livsstil, men också möjligheterna att ge stöd till utveckling av gemenskap och en meningsfull tillvaro samt att äldre skall kunna bibehålla ett självständigt liv även i hög ålder. Flera politiker har förhoppningar på ett gott samarbete med föreningar och frivilligorganisationer. Man nämner också behovet av att stödja de anhöriga, t.ex. genom självhjälpgrupper.

Ytterligare ett område som lyfts fram gäller den egna personalen. Förslag ges på olika former av hälsofrämjande insatser. Traditionella friskvårdsåtgärder, såsom stresshantering, kost- och motionsgrupper och rökavvänjning nämns. Vidare föreslås satsningar på organisationsutveckling, ledarskap och delaktighet, samt möjligheter till förkortad arbetstid och att deltidstjänsterna tas bort.

Därutöver lyfter politikerna fram kopplingen mellan folkhälsoarbete och demokrati. Den fysiska miljön lyfts också fram, både vad gäller inomhusmiljö (framför allt i skolor och förskolor) och utomhusmiljö. Politikerna anser att den yttre miljön skall vara säker, att olyckor skall elimineras och att möjligheter till rörelse i anslutning till bostadsområdena skall förbättras. De påpekar också att den yttre miljön bör vara estetiskt tilltalande.

Det framkommer vidare att politikerna, förutom dessa mer konkreta åtgärder för utveckling, anser att samverkan mellan förvaltningar och huvudmän samt utveckling av metoder är angelägna områden för ett fortsatt arbete.

19.3.3 Kommunernas behov av stöd (fråga 4)

Politikerna uppger att kommunerna har behov av stöd i olika former. Av staten önskar de bl.a. en ekonomisk politik som främjar folkhälsan och att de statliga myndigheternas insatser inom området samordnas till ett tydligt budskap. Däremot är kommunerna inte intresserade av centrala direktiv eller kampanjer. Kommunerna vill ha stöd i kunskapsutvecklingen genom forskning och metodutveckling, erfarenhetssprid-

ning, utvärdering och stöd till nätverk för förtroendevalda och tjänstemän. Vidare efterlyses en förbättrad epidemiologisk bevakning med tydlig relevans för den lokala nivån. Det finns också önskemål om att staten skall tydliggöra rollerna i det förebyggande arbetet, framför allt vad gäller ansvarsgränsen mellan kommun och landsting. Dessutom efterfrågas utbildningsinsatser på flera olika nivåer.

Vidare önskar kommunerna ekonomiskt stöd till nätverk och till projekt m.m. Det finns också önskemål om att folkhälsa bör ses som en parameter när kommunernas statsbidrag fördelas.

I övrigt vill kommunerna förbättra samarbetet med landstingen, där det främst handlar om stöd i FoU-arbete och metodutveckling. Flera nämner speciellt behovet av att bygga broar till universitet och högskolor och att utveckla en verklighetsnära forskning.

En generell förbättrad samverkan och samordning lokalt ses också som en nödvändig förutsättning. Bland samarbetspartners för detta arbete nämns, förutom de som tagits upp ovan, försäkringskassa, arbetsmarknadsmyndigheter, näringsliv och lokalt föreningsliv.

19.4 Perspektiv på kommunernas folkhälsouppdrag

Kommunernas remissvar och svaren från politikerna på frågorna från kommitténs sekretariat visar att vissa frågor är särskilt angelägna för att stärka folkhälsoperspektivet i kommunernas verksamheter. Dessa gäller samverkan i folkhälsoarbetet, villkoren för att styra arbetet, tillgång till kunskaper och metoder, utbildning för arbetet samt ekonomiskt stöd. Här redovisas en sammanfattning av synpunkterna.

19.4.1 Samverkan

Även om kommunföreträdarna är eniga om att de har ett stort ansvar när det gäller folkhälsan, är det samtidigt tydligt att arbetet kräver samverkan. Dels måste en förbättrad samverkan ske inom kommunen. Förvaltningar och/eller kommundelar måste enligt svaren bli bättre på att se det gemensamma folkhälsointresset. Det behövs också ett förbättrat samarbete med andra huvudmän. Roller och ansvar bör förtydligas. Vanligt är att politikerna efterlyser ett förbättrat samband med landstinget, framför allt med primärvården. Dessutom efterlyser man en bättre samverkan med försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Flera av de svarande nämner även föreningar och organisationer som viktiga samverkanspartners i det framtida folkhälsoarbetet.

Gemensam målbild

Flera av de svarande lyfter fram behovet av att basera samverkan på en gemensam målbild eller vision om framtiden. En sådan vision måste enligt svaren ha sin bas i det kommunala uppdraget, samtidigt som den tydligt definierar roller och uppdrag för övriga organisationer.

Gemensam budget

I remissvaren framkommer från flera kommuner önskemål om en kommungemensam budget för folkhälsoarbete där medel kan disponeras friare, utan hänsyn till verksamhets- eller huvudmannaskapsgränser. Detta önskemål är emellertid inte så tydligt bland de kommunpolitiker som besvarat sekretariatets brev.

Lokala hälsoråd

Runt om i landet har sedan flera år olika typer av hälsoråd utvecklats. Dessa ser olika ut. Ibland medverkar flera huvudmän, ibland bara deltagare från olika kommunala verksamheter. I vissa råd medverkar politiker, i andra är hälsoråden rena tjänstemannagrupper. De deltagandes organisatoriska nivå varierar också; ibland finns bara chefer med, medan andra råd innehåller både chefer och handläggare. I remissvaren efterlyser en del kommuner riktlinjer för hur verksamheten bör bedrivas. Andra är emellertid skeptiska till sådana riktlinjer, och menar att organisatoriska frågor måste lösas efter lokala behov.

En utvärdering⁶ av lokalt samverkansarbete som nyligen genomförts visar att det finns betydande svårigheter när det gäller att överbrygga sektors- och förvaltningsgränser. För att finna bra lösningar behövs, menar rapporten, att de berörda aktörerna utvecklar sitt perspektiv till att omfatta hela befolkningen och bryter olika revirgränser. Exempel på framgångsfaktorer vad gäller lokala folkhälsoråd är bl.a. intresse, engagemang, förankring, kunskap och förståelse för folkhälsoarbete bland politiker, förvaltningschefer och andra beslutsfattare. Handlingsplaner bör vara tydligt utformade, politiskt fastslagna samt följas upp och revideras. Folkhälsoråden bör vidare ha tydligt formulerade målsättningar för arbetes bedrivande. När detta har uppnåtts finns goda möj-

⁶ Hellmark E, Tykesson P. M. *Nätverk och folkhälsoarbete – om tvärssektoriell samverkan på lokal nivå inom folkhälsoarbetet*. Sundsvall. Mitthögskolan 1999.

ligheter att genom samverkan övervinna hinder som finns i den traditionella förvaltningsstrukturen.

Folkhälsoplan och folkhälsa i översiktsplanen

Under 1990-talet när folkhälsofrågorna aktualiserades på den kommunala dagordningen ledde detta bl.a. till att ett flertal kommuner utarbetade en folkhälsoplan eller ett policydokument för folkhälsa. Innehållet och tyngden i dessa planer och dokument har varierat mellan kommunerna. Flera politiker redovisar i en bilaga till sina svar en folkhälsoplan eller ett folkhälsoprogram som visar hur man har strukturerat folkhälsoarbetet i respektive kommun och vilka mål man avser att uppnå.

Det finns också flera politiker i brevsvaren som trycker på behovet av att lyfta in folkhälsofrågorna i såväl kommunernas översiktsplanering som i bostadsplaneringen och näringslivsplaneringen. På så sätt anser man att ett folkhälsoperspektiv kan lyftas fram i alla verksamheter.

Folkhälsa och Agenda 21

Flera svar – båda från remissinstanserna och i brevsvaren – pekar på behovet av att samordna folkhälsoarbetet med Agenda 21-arbetet.

19.4.2 Styrning

Statens styrning av det lokala folkhälsoarbetet

Det finns en tydlig markering, framför allt i brevsvaren, att kommunerna *inte* önskar någon detaljstyrning av det kommunala folkhälsoarbetet. ”Inga centrala kampanjer eller aktiviteter”, skriver ett kommunalråd, ”... inga lagar, regler eller uppdrag”, skriver ett annat.

Det finns dock svaranden som talar om incitament eller utmaningar för folkhälsoarbetet, och att staten måste hitta nya former för att utveckla samarbetet och stimulera till utveckling. Andra pekar på att folkhälsoarbetet är en process som med nödvändighet kommer att ta olika tid i olika kommuner för att uppnå mål som sätts upp.

Enligt en studie⁷ som genomförts av Folkhälsoinstitutet framgår att det finns ett ökande behov av ”strategiskt stöd”, dvs. insatser för att vidmakthålla och utveckla strukturer för ett framgångsrikt folkhälsoarbete, synliggöra incitament och bidra med underlag till prioriteringar.

Lokal och regional styrning

Utöver inriktningen på folkhälsoplaner och diskussionen om att föra in folkhälsofrågorna i kommunernas övergripande planering redovisas behov av utvecklade instrument för styrning. Det handlar dels om att kunna beskriva folkhälsan i en kommun genom olika typer av behovsanalyser, dels om verktyg för uppföljning och bevakning av utvecklingen samt att utveckla lokala välfärdsbokslut, nyckeltal, etc. Flera svar uttrycker ett behov av att utveckla praxis och metoder kring hälso-konsekvensbeskrivningar. Det är alltså angeläget att förbättra flera olika typer av underlag som kan underlätta det politiska beslutsfattandet på lokal och regional nivå.

19.4.3 Kunskapsutveckling

Metodutveckling

Såväl brevsvaret som remissvaret pekar på att metodutveckling inom folkhälsoområdet är mycket angeläget. Det handlar om metoder för att nå utsatta grupper och därmed minska ojämlikheten i hälsa. Det handlar också, som framhålls ovan, om metoder för lokal styrning och uppföljning, att göra befolkningsbeskrivningar och att genomföra välfärdsbokslut och hälsokonsekvensbeskrivningar.

Utvärdering

I samband med att behovet av metodutveckling lyfts fram vill kommunerna ofta också uppmärksamma behovet av utvärdering. Det handlar främst om att granska och utvärdera interventionsmetoder. Flera politiker efterlyser också en kunskapsbank och förbättrade metoder för att sprida erfarenheter mellan kommuner.

⁷ Folkhälsoinstitutet. *Verksamhet och samarbete avseende lokalt folkhälsoarbete*. Stockholm 2000. (Opublicerat material)

Forskning

Som en följd av behoven av metodutveckling och utvärdering efterlyser såväl remissinstanser som politikerna genom sina brevsvar mera forskning och en närmare koppling mellan praktik och forskning.

19.4.4 Utbildning och kompetensutveckling

Behovet av att utveckla och förmedla kunskap om folkhälsan upplevs som stort. Det handlar om flera målgrupper. Dels önskar de svarande att politiker på alla nivåer får ökad kunskap om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer, så att de får underlag för att bevaka folkhälsoaspekten i sina beslut. Dels är det önskvärt att kunskapen ökar bland tjänstemännen. Dessa behöver, anser de svarande, dels få insikt i hur deras verksamhet påverkar folkhälsan, dels få hjälp att utveckla metoder för att arbeta hälsofrämjande.

Slutligen efterlyses i svaren att studerande på de utbildningar som utbildar personal för den offentliga sektorn redan i sin grundutbildning bör få kunskap om sådant som påverkar hälsan.

19.4.5 Resurstillskott

Många kommunföreträdare – både de som svarat på remissen och på kommitténs brev med frågor – uttrycker behov av ett ekonomiskt tillskott för utvecklingen av folkhälsoarbetet. Det handlar oftast om att man önskar bedriva utvecklingsarbete och utveckla metoder, något som man inte riktigt anser sig ha möjlighet att genomföra inom ramen för befintlig verksamhet. Samtidigt pekar företrädarna på de ökande skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper som har uppstått under 1990-talet, och att ett ökat ekonomiskt stöd kan behövas för att komma tillrätta med detta.

19.4.6 Nätverkens betydelse

Nätverk för lokalt folkhälsoarbete

Folkhälsoinstitutet stödjer ett 20-tal olika nätverk med inriktning på lokal och regional nivå. Exempel på nätverk som har kopplingar till kommunernas folkhälsoarbete är Nätverk för folkhälsoarbete i medelstora respektive större städer samt Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete.

Nätverket för folkhälsoarbete i större städer bildades år 1997 och omfattar sju kommuner av storleksordningen 100 000–190 000 invånare: Helsingborg, Jönköping, Linköping, Norrköping, Uppsala, Västerås och Örebro. Den övergripande målsättningen för samarbetet är:

- att bidra till att folkhälsoarbetet vidareutvecklas inom nätverkets kommuner
- att särskilt inrikta verksamheten på sådana insatser som bidrar till minskade socioekonomiska, genusmässiga och etniska hälsoskillnader
- att medverka till att relevanta och tillämpbara kunskaper utvecklas.⁸

Nätverket folkhälsoarbete i medelstora städer bildades år 1993 och omfattar 22 städer med 50 000–100 000 invånare. Målen för nätverkets verksamhet är:

- att verka för att folkhälsofrågorna blir en viktig del i medelstora städers verksamhet
- att lyfta fram goda exempel på lokalt folkhälsoarbete i medelstora städer och att bidra till informations spridning om metoder, strategier och resultat.⁹

Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete bildades år 1994. Nätverket hade 170 medlemmar i november 2000 år, varav 94 kommuner, 21 landsting/regioner, 18 sjukvårdsområden, fem regionala kommunförbund och två stiftelser. Nätverket arbetar för erfarenhetsutbyte mellan medlemmarna. Nätverkets huvuduppgifter är att medverka till att folkhälsoarbetet utvecklas och att förståelsen för dess stora betydelse ökar.¹⁰

Idén att fokusera på städer av en viss storlek har sin utgångspunkt i behovet att få fram metoder i folkhälsoarbetet som är anpassade till de strukturer som städer med likartade kommunala förutsättningar har.

⁸ Arbetsgruppen för Nätverket folkhälsoarbete i större städer. *Handlingsplan och policyprogram för Nätverket folkhälsoarbete i större städer*. (Opublicerat material).

⁹ Referensgruppen för Nätverket folkhälsoarbete i medelstora städer. *Policyprogram för Nätverket folkhälsoarbete i medelstora städer 1998*. (Opublicerat material).

¹⁰ Arbetsgruppen för Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbetet. *Policyprogram för Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete 1999*. (Opublicerat material).

En uppföljning¹¹ av medelstora respektive stora städers nätverk visar att deltagarna framför allt är nöjda med det kunskapsstöd som erbjudits, medan en förstärkning av stödet vad gäller metodutveckling och strategiska frågor ses som önskvärt.

Nätverk för sakfrågor

Folkhälsoinstitutet stödjer också nätverk för sakfrågor, s.k. generella nätverk. Dessa nätverk berör framför allt deltagare på länsnivån, vars uppgift sedan är att fungera som vidareinformatörer till kommunerna.

Exempel på generella nätverk är Hälsöfrämjande skolor som omfattar ca 500 grund- och gymnasieskolor och Nätverket för en säker och trygg kommun. År 1989 lanserades på svenskt initiativ idén om ”En säker och trygg kommun” – A Safe Community. Detta är en modell för skadeförebyggande arbete i lokalsamhället. I Sverige har hittills 11 kommuner utsetts till ”En säker och trygg kommun”.

Till generella nätverk hör även Nätverk för lokalt allergiförebyggande arbete. Nätverket omfattar 34 allergianpassade kommuner och 110 allergikommittéer. Det finns även särskilda nätverk för alkohol- och narkotikafrågor. Syftet med dessa nätverk är att stödja utvecklingen av det lokala folkhälsoarbetet. Vidare finns det särskilda nätverk för specifika målgrupper såsom äldre och invandrare. Den senare fokuserar på hiv/STD-prevention bland invandrare. Nätverket för folkhälsoarbetet bland äldre har till syfte att stimulera intresset för att utveckla bra former för lokalt och långsiktigt folkhälsoarbete bland äldre.

19.5 Bedömning

Kommunerna ansvarar för verksamheter som är mycket viktiga från hälsosynpunkt. Medvetenheten om hur dessa verksamheter påverkar hälsan har ökat under senare år. Även kommunernas intresse och engagemang för folkhälsofrågor har ökat.

Resultaten av kommunernas remissvar och svaren på de frågor som kommittén ställde till ett urval kommunalt förtroendevalda indikerar att folkhälsoarbetet är en levande process som befinner sig i positiv utveckling. Det finns en stor medvetenhet om att denna process bör fortsätta och att folkhälsofrågorna bör tydliggöras och ingå som en del i all kommunal verksamhet.

¹¹ Folkhälsoinstitutet. Folkhälsoinstitutets årsredovisning 1998.

Kommunal folkhälsopolitik är idag mycket mer än att skapa förutsättningar för en hälsofrämjande livsstil. Folkhälsofrågorna har närmast sig perspektiv som delaktighet och demokrati, jämställdhet och jämlikhet. Det finns också tydliga önskemål om att detta bör fortsätta. Emellertid saknas ännu vissa förutsättningar för att i högre grad än tidigare stärka folkhälsoperspektivet i kommunernas verksamheter. Kommunerna efterlyser metodutveckling för att främja hälsan hos utsatta grupper och att hantera den växande psykosociala problematiken. Det finns dock exempel på lovvärda initiativ, och från kommunalt håll efterlyser man utvärderingar och en förstärkt brygga till forskning och utveckling.

Dessutom behöver redskap utvecklas för att förbättra styrningen. Några initiativ har tagits i form av arbetet med välfärdsbokslut, hälsokonsekvensbeskrivningar och nyckeltal. Det finns ett intresse hos de här berörda kommunerna att vidareutveckla dessa instrument och att ytterligare pröva dem i verksamheterna. Detta berörs närmare i kapitel 24.

Ett annat viktigt inslag för att gå vidare i det lokala folkhälsouppdraget är att förbättra samverkan och att hitta tydliga roller, bl.a. när det gäller samarbetet med hälso- och sjukvården. Hälsofrågorna behöver tydliggöras i all kommunal verksamhet och i kommunernas strategiska utveckling. Det är angeläget att ett tydligt politiskt ansvar för folkhälsoarbetet och en ökad professionell kompetens kan uppnås.

För att markera folkhälsofrågornas vikt och politiska legitimitet i såväl kommuner som landsting samt för att stimulera till successiv utveckling av folkhälsoarbetet är det angeläget att kommuner och landsting ges ansvar för att göra hälsoplaner och samverka. I dansk lagstiftning finns krav på liknande planer, där kommuner och landsting skall samverka för att förebygga ohälsa. Hälsoplaner innebär att utforma och anta mål, program och åtgärder för att inom huvudmännens respektive verksamheter påverka förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor. I sådana hälsoplaner kan ingå hälsokonsekvensbedömningar, välfärdsbokslut, hälsobudgetar etc.

Kommittén har i ett tidigare delbetänkande (SOU 1998:48) uttalat sig om vikten av hälsoplanering i kommuner och landsting och i detta bl.a. sett en möjlighet att modeller för folkhälsoarbetet byggs upp i samverkan mellan parterna och utan att någon av dessa har någon uttryckligt ledande roll. Med planer och ett aktivt lokalt folkhälsoarbete som även integreras läns-/regionvis, vilket är långsiktigt önskvärt, ökar förutsättningarna för att olika verkningsfulla modeller för folkhälsoarbetet skall utvecklas och få ökad genomslagskraft. Med försök att forma hälsoplaner på detta sätt stärks samtidigt förutsättningarna för att förbättra och effektivisera det stöd och de andra insatser som tillhandahålls av myndigheter och organ på den nationella nivån.

Frågan om hälsoplaner och samverkan mellan kommuner och landsting berörs ytterligare i kapitel 22.

En komponent i den fortsatta utvecklingen av det lokala folkhälsoarbetet är de kommunala folkhälsonätverk som har etablerats i syfte bl.a. att bidra till en integration av folkhälsofrågorna i kommunernas ordinarie verksamheter. Dessa nätverk kan antas få en ökad betydelse för erfarenhetsutbyte m.m. om intensiteten i folkhälsoarbetet ökar ytterligare till följd av utvecklingen av hälsoplaner och samverkan mellan kommunerna och andra huvudmän samt organisationer.

20 Folkrörelsernas och andra organisationers påverkan på hälsan¹

20.1 Inledning

Sverige är ett land som i mångt och mycket präglats av folkrörelser. Den samförståndsanda som varit unik för Sverige har delvis sin grund i ett nära samarbete mellan stat och olika former av intresseorganisationer.

Även på folkhälsoområdet har civilsamhällets organisationer historiskt sett haft stor betydelse. Tydligast är kanske den stora påverkan som nykterhetsrörelsen hade på det svenska folkets dryckesvanor i början på 1900-talet. Andra exempel från denna tid är fackföreningarnas påverkan på arbetsmiljön under den tidiga industrialiseringen samt den sociala verksamhet som bedrevs av religiösa organisationer.

Folkrörelser och andra föreningar har haft betydelse för folkhälsan även senare. Den relativt goda hälsoutveckling för hela befolkningen som vi har sett i Sverige under 1900-talet är till stor del kopplad till att människor kollektivt valt att på olika sätt förbättra sin och andras tillvaro. Idrottsrörelsens betydelse för fysisk aktivitet, nykterhetsrörelsens betydelse för den minskade alkoholkonsumtionen, miljörörelsens betydelse för miljön, konsumentrörelsens betydelse för säker mat och de fackliga organisationernas betydelse för arbetsmiljön är sammantaget mycket stor.

20.1.1 Utgångspunkter och syfte

I Sverige finns enligt Folkrörelse och föreningsguiden² närmare 800 riksorganisationer. Utöver riksorganisationerna finns det ett stort antal lokala och regionala organisationer. Många av dessa organisationer kan antas ha betydelse för människors hälsa utöver vad som har nämnts

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat.

² Kulturdepartementet. *Folkrörelse- & föreningsguiden*. Stockholm. Utbildningsförlaget Brevskolan 1999.

ovan om vissa organisationers betydelse i ett historiskt perspektiv. Skälet till detta är de unika egenskaper som många organisationer har och som offentliga organ inte så lätt kan ersätta. Det gäller framförallt fyra egenskaper:

- Förmedlare av budskap: Ett budskap som förs fram av någon man litar på, någon som är som en själv, det budskapet har större betydelse än om det sägs av offentliga organ.
- Träffa andra i samma situation: Att träffa andra i samma situation om man är i ett utsatt läge är hälsofrämjande och kan aldrig ersättas av offentliga tjänstemän.
- Förmedlare av utsatta gruppers behov: Samhället får kunskap om hälsofrågor genom de personer som är berörda.
- Alla mår bra av att göra saker tillsammans med andra: Att delta i föreningsliv är ett socialt kitt i sig, som motverkar ensamhet och tar tillvara människors behov av att göra nytta.

Mot bakgrund av dessa egenskaper är det angeläget att redovisa vilka inriktningar olika organisationer har i sin verksamhet och försöka bedöma vilken potential som finns för folkhälsan genom dessa organisationers engagemang.

För att kunna genomföra uppgiften har underlagsmaterial sökts i form av forskningsrapporter och betänkanden. Vidare har organisationernas remissvar på kommitténs delbetänkande *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137) granskats. Även materialet till kommitténs debattskrift ”Med gemensamma krafter” har använts. I denna skrift redovisas vad de utvalda organisationerna gör och vad de tror att deras verksamhet betyder för människors hälsa. Ytterligare ett underlag är en enkät som har ställts av kommittén till 44 organisationer med syftet att få en inblick i hur dessa ser på sin egen betydelse i ett hälsoperspektiv. 22 organisationer har svarat.

Organisationernas betydelse från hälsosynpunkt redovisas i det följande med fokus på förmedling av olika gruppers behov. Vidare belyses organisationerna som aktör i hälsoarbetet. Därtill fokuseras organisationerna som hälsosam arena, dvs. det faktum att man mår bra av att vara med i en organisation och göra saker tillsammans med andra.

20.2 Intresseorganisationer som förmedlare av olika gruppers behov

20.2.1 Äldres organisationer

Äldre personer är idag välorganiserade. De har organisationer som företräder dem i olika organ, kommittéer, utredningar och i olika typer av referensgrupper. Pensionärsorganisationernas föreningar är aktiva som opinionsbildare. Ett exempel på deras goda kontakt med de statliga organen är regelbundna möten med företrädare för regeringen i regeringens pensionärskommitté. Även på lokal och regional nivå har pensionärsorganisationerna ofta ett välutvecklat samarbete med offentliga organ. I de flesta landsting och kommuner finns pensionärsråd som bevakar pensionärernas intressen. Dessa pensionärsråd består av bl.a. politiker och representanter från pensionärsorganisationerna.

Pensionärsorganisationerna är stora. Omkring en tredjedel, ca 800 000 av landets pensionärer, är medlemmar i någon av de fyra stora organisationerna Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) och Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG).³ Detta innebär att ca hälften av landets ålderspensionärer är medlem i någon av dessa organisationer.

Den opinionsbildning som pensionärsorganisationerna bedriver handlar om alla typer av frågor som rör äldre. På nationell nivå arbetar äldreorganisationerna med frågor om t.ex. pensionsnivåer och pensionssystemet.

20.2.2 Funktionshindrades organisationer

Det finns en stor mängd organisationer som företräder funktionshindrade. Handikappförbundens samarbetsorgan, HSO, har 35 medlemsförbund med sammanlagt ca 400 000 medlemmar. Utöver de organisationer som är organiserade i HSO finns det 23 nationella handikapp- och patientorganisationer registrerade i Folkrörelse- och föreningsguiden,

³ Micheletti M, *Det civila samhället och staten – Medborgarsammanslutningarnas roll i svensk politik*. Stockholm. Publica 1994.

vilket innebär att handikapp- och patientorganisationerna sammanlagt har ca 500 000 medlemmar.⁴

Personer med funktionshinder kan ha svårt att göra sin röst hörd i samhällslivet. Organisationer för funktionshindrade har därför fått stor betydelse som förmedlare av sina medlemmars behov. Många av de förbättringar i samhället som uppnåtts för funktionshindrade är kopplade till det intressepolitiska arbete som handikapporganisationerna bedrivit.⁵

Det intressepolitiska arbetet är även något som staten uppmuntrat genom ekonomiskt stöd till handikapporganisationerna. Förordningen om stöd till handikapporganisationerna (2000:7) inleds på följande vis:

1 § Syftet med statsbidraget är att stödja handikapporganisationer i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionshinder.

20.2.3 Barns och ungdomars organisationer

Det finns många organisationer med olika verksamheter för barn. De agerar i varierande grad också som företrädare för barns intressen. De organisationer som direkt driver intressepolitiskt arbete är främst BRIS och Rädda Barnen. De är dock inte medlemsorganisationer i första hand för barn själva. BRIS har till huvuduppgift att stödja utsatta barn. Rädda Barnens arbete i Sverige är främst inriktat mot opinionsbildning.⁶ Både Rädda Barnen och BRIS arbetar aktivt för att stärka barnens rättigheter i samhället genom påverkan så att FN:s konvention om barnets rättigheter genomsyrar det politiska beslutsfattandet.

Ur ett folkhälsoperspektiv betraktar man oftast barns situation och hälsa som beroende av familjens situation.

⁴ Kulturdepartementet, *Folkrörelse och föreningsguiden*. a.a. Samt: SOU 1999:89 *Statsbidrag till handikapporganisationer* Betänkande av Utredningen om statsbidrag till handikapporganisationer. Stockholm. 1999 Samt: HSO:s hemsida www.hso.se

⁵ SOU 1999:89 *Statsbidrag till handikapporganisationer*. a.a.

⁶ Rädda Barnen, Rapport från Rädda Barnen till FN:s kommitté för barnens rättigheter i Genève beträffande svenska regeringens andra rapport, bilaga 1.

20.2.4 Etniska minoriteter och invandrarorganisationer

Gruppen etniska minoriteter är heterogen, vilket avspeglas i organisationsstrukturen. Det finns hälsoproblem som är kopplade till särskilda etniska minoriteter. Personer från muslimska länder har betydligt mindre alkoholproblem än andra grupper i det svenska samhället. Detta innebär att man måste vara försiktig när man talar om invandrares hälsoproblem, eftersom ohälsa dels kan kopplas till faktorer som är relaterade till utanförskapet i sig, dvs. att vara invandrare, dels relatera till olika gruppers etnicitet.

Etniska minoriteter finns inte företrädade i tillräcklig utsträckning i offentliga organ. Det innebär att särskild hänsyn till dessa grupper måste tas av de offentliga aktörerna, samtidigt som det kan vara ett problem eftersom man inte känner till deras behov i samma utsträckning som de grupper som är välrepresenterade.

Inom ramen för Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige, SIOS, finns 14 organisationer med ca 110 000 medlemmar.⁷ Det innebär att över 10 procent av invandrarna är medlemmar i någon av dessa organisationer.⁸ Det är dock långt från alla invandrargrupper som är representerade i SIOS. Integrationsverket delade under 1999 ut organisationsbidrag till ca 35 invandrarorganisationer

Samernas riksförbund har till uppgift att tillvarata samernas intressen. Samernas riksförbund menar i sitt enkätsvar till kommittén att de inte bedriver något folkhälsoarbete. Om man studerar deras verksamhetsberättelse kan man konstatera att även om de inte bedriver någon direkt verksamhet inriktad på hälsa, så påverkar många av de frågor som de driver hälsan hos sina medlemmar.

Den viktigaste frågan för Samernas riksförbund är att försvara och stödja den samiska näringen och kulturen. Eftersom samerna uppfattar sin näring och kultur som hotad är det möjligt att det har bäring även på folkhälsoaspekter. Ekonomiska och kulturella betingelser är i alla sammanhang förutsättningar för en god hälsa.

⁷ Kulturdepartementet. *Folkrörelse- och föreningsguiden*. a.a

⁸ Statens invandrarverk och SCB 1998 uppger att det 1997 fanns ca 957 000 personer födda utomlands boende i Sverige. Nationella Folkhälsokommittén. *Folkhälsa och integration – Rapport från arbetsgruppen Folkhälsa och integration*. Underlagsrapport nr 13. Stockholm. Nationella folkhälsokommittén 1999.

20.2.5 Kvinnoorganisationer

Kvinnorörelsen har en lång tradition i Sverige. Den första organisationen var Fredrika-Bremer-förbundet som bildades år 1884.⁹ Sedan dess har en lång rad olika kvinnoorganisationer bildats. Inom vissa områden har kvinnorörelsen varit framgångsrik i Sverige.

Att kvinnor är välrepresenterade i politiska församlingar har dock inte inneburit att kvinnor i resten av samhället är jämställda. På folkhälsoområdet har kvinnornas underordnade ställning inneburit att sjukdomar som i huvudsak drabbar män, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och olycksfall hos yngre, blivit uppvärderade på bekostnad av de sjukdomar som i huvudsak drabbar kvinnor, t.ex. belastningsskador, fallolyckor hos äldre, ätstörningar och depressioner.

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS) beskriver i sitt svar till kommittén sitt arbete som företrädare för kvinnors behov och rättigheter på följande vis: "ROKS verkar mot mäns våld och förtryck av kvinnor samt för kvinnors frigörelse och jämställdhet på alla plan i samhället."

De politiska kvinnoförbunden menar att de har som mål att öka jämställdheten i samhället. Det som kan skilja dem åt är synen på vad jämställdhet innebär.

20.2.6 Homo- och bisexuellas organisationer

Det finns många indikatorer som visar att homo- och bisexuella har sämre hälsa än befolkningen i stort.¹⁰ Homo- och bisexuellas sämre hälsa är ofta relaterad till diskriminering och utanförskap. Ett exempel på detta är att självmordstankar och självmordsfrekvens är högre bland unga homosexuella än bland befolkningen i stort. Det förefaller även som om alkohol- och drogmissbruk är större i denna grupp.¹¹ Hiv/aids är även ett stort hälsoproblem för män som har sex med män. 41 procent av de hivinfekterade och 57 procent av de aidssjuka tillhör denna grupp.

⁹ Micheletti M. *Det civila samhället och staten – Medborgarsammanslutningarnas roll i svensk politik*. a.a.

¹⁰ Hegna Kristinn, Kristiansen Hans W, Moseng Ulstein B, *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Rapport 1/1999. Oslo. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring 1999.

¹¹ Hegna K, Kristiansen H W, Moseng Ulstein B. *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. a.a.

RFSL är den klart dominerande aktören bland homo- och bisexuellas organisationer. En stor del av det arbete som RFSL bedriver är kopplat till homo- och bisexuellas hälsa. RFSL har varit en drivande kraft i synliggörandet av homosexuella i Sverige. Deras relation till statliga organ får betraktas som god då man ofta är med som remissinstans och även sitter med i olika utredningar som rör homosexuellas situation.

20.3 Folkrörelsernas och andra föreningars roll i folkhälsoarbetet

20.3.1 Principiella utgångspunkter

I synen på när det är lämpligt att föreningar och folkrörelser är en direkt aktör i hälsoarbetet kan man utgå från två principer.

Den första principen gäller de områden där folkrörelser och andra typer av föreningar på grund av sin natur kan utföra ett bättre arbete än offentliga organ. Det kan handla om verksamhet, riktad till vissa grupper, som de offentliga organen har svårt att nå.

Den andra principen innebär att föreningar och folkrörelser kan arbeta med det som offentliga organ av olika skäl inte kan eller vill arbeta med.

Det kanske främsta exemplet på när aktivt folkhälsoarbete överförs på civilsamhällets organisationer är det arbete som gjorts inom hiv/aids-preventionen. På detta område arbetade samhällsorganen tidigt nära olika organisationer för att nå ut med ett hiv-preventivt arbete. En av anledningarna var att organisationer som RFSL själva tidigt tog ett ansvar för frågan. Huvudanledningen till att man fortsatt arbetet med RFSL är en övertygelse om att organisationerna är de lämpligaste aktörerna för att nå ut till de personer som är särskilt riskutsatta och de som redan är smittade.

Ett annat exempel på hälsoarbete där olika föreningar visat sig vara framgångsrika är i behandling av missbrukare av alkohol och narkotika. Organisationer som Länkarna och Anonyma Alkoholister har i många fall varit värdefulla komplement till den vård som erbjuds av kommunala och landstingskommunala aktörer. Dessa organisationer använder en princip som utgår från att de som bedriver någon form av behandlingsarbete har befunnit sig i samma situation som de som blir behandlade. Detta innebär att de kan utgå från sina egna erfarenheter.

I Stockholms stad har man uppmärksammat problemet med pensionärer som tillhör etniska minoriteter. Problemet för dessa personer är att de ofta saknar tillräckliga kunskaper i svenska för att kommunicera

med personal och andra på ett tillfredsställande sätt. Många har även svaga sociala relationer till följd av att deras familj och vänner finns i ursprungslandet. Det finns även många som lider av posttraumatiska symtom.¹² För att underlätta dessa äldre människors situation har olika organisationer för etniska minoriteter fått stöd av Stockholms stad för att driva dagverksamhet för pensionärer. Den aktivitet som bedrivs på dessa dagcentra består av svenskundervisning, information om sociala frågor och hälsofrågor samt olika former av fysisk aktivitet. Förutom detta arrangeras olika former av kulturarrangemang.¹³

År 1996 genomfördes en utvärdering av Stockholms stad av den föreningsdrivna äldreverksamheten som då fick bidrag från socialnämnden. Utvärderingen visar att verksamheten är ett viktigt komplement till stadens socialtjänst och fyller en stor funktion för att bryta deltagarnas ensamhet och isolering. Mycket tyder på att många deltagare fått ett förbättrat hälsotillstånd och minskat sin sjukvårdskonsumtion, även om man inte kan belägga det med siffror.¹⁴

För att organisera det frivilliga arbetet har frivilligcentraler bildats på många håll i landet. Frivilligcentraler har som främsta uppgift att organisera det frivilliga sociala arbetet på lokal och regional nivå.

Vissa riskutsatta grupper kan lättare ta till sig ett budskap som kommer från en organisation som de identifierar sig med, snarare än ett offentligt organ då budskap som kommer från offentliga organ lätt kan uppfattas som moraliserande och förmynderi. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har i sitt betänkande föreslagit att många av de opinionsbildande uppgifter som Folkhälsoinstitutet idag ansvarar för skall överföras till frivilligorganisationer.¹⁵

20.3.2 Det civila samhällets organisationer som skyddsnet

Olika typer av organisationer agerar för människor som fallit igenom samhällets skyddsnet. Ekumeniska organisationer som "Hela människan" (tidigare De Kristna Samfundens Nykterhetsrörelse) är exempel på en sådan organisation. Hela människan är en nationell organisation som arbetar på uppdrag av flera olika frikyrkor. Organisationen

¹² Stockholm Stad. Socialförvaltningens kansliavdelning. *PM 1998-04-14*.

¹³ a.a.

¹⁴ a.a.

¹⁵ SOU 2000:57. *Statens folkhälsoinstitut - roll och uppgifter*. Betänkande av Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet. Stockholm 2000.

arbetar främst med stöd till utsatta personer som t.ex. lider av missbruk och/eller är bostadslösa. Organisationen driver olika boendeformer där boendet kombineras med andra typer av stödjande åtgärder som personliga samtal och hjälp i kontakt med offentliga organ. Den typ av stöd som humanistiska organisationer som Hela människan bedriver har fått ökad betydelse under senare år. Hela Människan är inte unik i sitt folkhälsoarbete.

En annan typ av verksamhet som arbetar stödjande är kvinnojourer. De vänder sig till personer som inte upplever att de får tillräckligt stöd av offentliga organ. Kvinnojourernas historia i Sverige startade år 1978 då två kvinnojourer startade i Stockholm och Göteborg. Idag finns det 130 olika kvinno- och tjejjourer i landet. Deras arbete syftar till att stödja och skydda kvinnor som utsatts för våld. Ofta sker arbetet i samarbete med offentliga organ.

20.3.3 ”Från röst till service”

Under senare år har det funnits en trend som innebär att föreningar och folkrörelser i allt högre grad har inriktat sig på att utföra vissa tjänster. Demokratiutredningen har kallat denna utveckling ”från röst till service”.¹⁶ Exempel på den typ av verksamhet som föreningar i allt högre grad bedriver är t.ex. dagcenter för äldre.

Det är dock inte inom hälsoområdet som man sett den stora tillökningen av serviceinriktade föreningar och organisationer. De tydligaste exemplen är den stora ökning av föräldrakooperativa daghem och friskolor som ägt rum.¹⁷

När civilsamhällets organisationer blir mer integrerade i den offentliga verksamheten kan dess roll som oberoende opinionsbildare urholkas. Detta påpekas i remissvaren från bl.a. PRO på betänkandet ”Hälsa på lika villkor” (SOU 1999:137). ”Ytterligare engagemang i dessa frågor från PRO:s sida får absolut inte bli uppifrån kommande påbud om man skall nå framgång i sina strävanden.”

Det är därför angeläget att samhället uppmärksammar den risken vid bidragsgivning till olika organisationer, så att man inte bara ger pengar till särskilda projekt, på bekostnad av ett allmänt stöd.

¹⁶ SOU 2000:1. *En uthållig demokrati*. Demokratiutredningens slutbetänkande. Stockholm 2000.

¹⁷ SOU 2000:1. *En uthållig demokrati*. a.a.

20.4 Civilsamhällets organisationer som hälsofrämjande arena

Föreningar och folkrörelser som arena för skapandet av socialt kapital har betonats under senare år. Forskare som Robert D Putnam har visat att föreningar och folkrörelser är den viktigaste arenan för skapandet av socialt kapital. Det finns oklarheter om vad begreppet socialt kapital står för. En del forskare betonar vad som på engelska betecknas som "generalized trust" vilket kan översättas till "allmänt förtroende".¹⁸ Vad som avses med detta är det förtroende invånarna känner dels för varandra men även för olika typer av institutioner.¹⁹ Ytterligare en definition lyder: "Social capital...a product of social structures and social relations that facilitates cooperation and collective action in societies."²⁰ Vilket innebär att socialt kapital är de strukturer och sociala relationer som möjliggör kollektivt handlande.

Oavsett vilken definition man har så finner man några gemensamma nämnare hos forskarna som har studerat socialt kapital. Alla forskare är överens om att sociala relationer är en del av begreppet, frågan är vilka typer av sociala relationer som skall poängteras och vad sociala relationer har för betydelse för samhällsstrukturen?

En grundläggande tes i resonemanget om socialt kapital är att det är civilsamhället som är grunden för skapande av samhällelig tillit, bl.a. därför att det är genom civilsamhället som medborgarna kommer i kontakt med personer från andra bakgrunder än sin egen. Robert D Putnam menar att det är denna typ av horisontella strukturer som leder till att förståelsen och solidariteten med andra ökar, vilket enligt honom leder till att samhället i stort utvecklas i en gynnsam riktning. Den viktigaste arenan för denna typ av interaktion mellan individer är föreningslivet.²¹

¹⁸ Stolle D Communities, Citizenship and Local Government. *Generalized Trust and the Impact of Regional Factors: A study of Three Regions in Sweden*. Paper delivered at the 95th Annual Meeting in Atlanta from September 2-5 1999.

¹⁹ SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor - andra steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1999.

²⁰ Lake La Due R. *Social Capital in Context: Implications of Social Network Structure and Neighbourhood Context on Civic and Political Participation*. Paper delivered at the 95th Annual Meeting in Atlanta from September 2-5 1999.

²¹ Putnam Robert D. Föreläsning i Östersund 1998-08-26.

I ett konkret exempel så innebär socialt kapital i detta sammanhang att om medborgarna har större förtroende för varandra och samhället i stort kommer de att vara mer benägna att inte fuska med deklARATIONEN. Om förtroendet är lågt tror de enskilda medborgarna att alla andra kommer att fuska med deklARATIONEN och att offentliga organ inte kommer att utnyttja de medel som betalas in på ett bra sätt. Om medborgarna istället tror att ingen annan fuskar med deklARATIONEN och att offentliga organ använder sina medel på ett korrekt sätt kommer de att vara mer benägna att deklarerera sina inkomster korrekt.

20.4.1 Överbryggande och sammanhållande socialt kapital

Putnam diskuterar två typer av socialt kapital i sin bok *Bowling Alone - the Collapse and Revival of American Community*. Putnam kallar dessa två typer av socialt kapital för ”bridging” och ”bonding” social capital. Med ”bonding social capital” menar Putnam de sociala relationer som innebär att en specifik grupp hålls samman.

Det sammanhållande sociala kapitalet tenderar att stärka särarten och den egna gruppens identitet. Exempel på denna typ av socialt kapital finner man i invandrарorganisationer, somliga kvinnoorganisationer och i exklusiva golfklubbar.²²

Med ”Bridging social capital” menar Putnam det sociala kapital som överbygger klyftor mellan grupper. Exempel på denna typ finner man i organisationer som Amnesty International, ungdomsorganisationer, somliga idrottsklubbar och ekumeniska sammanslutningar.²³

Överbryggande och sammanhållande socialt kapital förstärker ofta varandra enligt Putnam. De personer som har nära relationer med vänner och familj är ofta mer villiga att knyta kontakter med personer utanför sin egen sfär. Putnam menar dock att de olika formerna av socialt kapital kan motverka varandra. Ett exempel som nämns gäller socialt och etniskt homogena bostadsområden. Man kan tänka sig att personer i homogena bostadsområden är mer intresserade av att umgås med sina grannar än personer som bor i heterogena bostadsområden.²⁴

²² Putnam Robert D. *Bowling Alone - the collapse and revival of American community*. New York. Simon & Schuster 2000.

²³ a.a.

²⁴ a.a.

För att öka det överbryggande sociala kapitalet menar Putnam att föreningar och folkrörelser aktivt måste söka samarbete. Om endast det sammanhållande sociala kapitalet stärks är det risk för att den solidaritet som finns mellan olika grupper går förlorad, vilket skulle innebära ett mer slutet samhälle som kan komma att präglas av stora etniska och sociala klyftor.

20.4.2 Socialt kapital och hälsa

Att sammanhållningen i ett samhälle påverkar hälsan hos befolkningen är ingen ny insikt. Redan år 1901 visade Emile Durkheim att samhällsfaktorer påverkar självmordsfrekvensen i en region. Men hur påverkar socialt kapital hälsan? Frågan är relevant eftersom socialt kapital oftast ses som en bestämningsfaktor för demokrati och inte för hälsa.²⁵ Studier visar dock att det finns ett nära samband mellan ett samhälles sociala kapital och hälsa. Studier i USA visar att socialt kapital och mortalitet korrelerar med varandra.²⁶

Om man ser socialt kapital som en bestämningsfaktor för hälsan så är det tre delar i begreppet som kan tänkas vara betydelsefulla:

1. Socialt kapital är betydelsefullt i utvecklandet av solidaritet i ett samhälle.
2. Det sociala kapitalet är avgörande vad gäller hur ett hälsobudskap tas emot. Om medborgarna i ett samhälle innehar en stor samhällelig tillit så är det troligt att de tar till sig ett hälsobudskap.
3. Socialt kapital i sig verkar hälsofrämjande för de enskilda individerna.

En utvecklad solidaritet i samhället förutsätter en hög nivå av socialt kapital. Utan tillit medborgarna emellan är det närmast omöjligt att få solidariteten i samhället att öka. Detta gäller även utvecklande av solidaritet med utsatta grupper.

Putnam menar att solidariska handlingar i ett samhälle bygger på medborgarnas tillit till att de själva skulle bli hjälpta om de var i samma situation. Utan denna tillit skulle medborgarna inte vara lika benägna att hjälpa andra.²⁷

²⁵ a.a.

²⁶ Kwachi I, Kennedy B P, Lochner K. Long Live Community – Social Capital as Public Health. I: *The American Prospect*, Issue 35 November-December 1997.

²⁷ Putnam Robert D. *Den fungerande demokratin – Medborgarandans rötter i Italien*. Stockholm. SNS förlag 1996.

Den tredje beröringspunkten är att ett utvecklat socialt kapital gynnar hälsoupplýsningen. En nödvändighet i all form av kommunikation är att det finns förtroende mellan de kommunicerande parterna. Om mottagaren av ett budskap saknar tillit till den som förmedlar budskapet kommer inte budskapet att uppfattas.

Ur ett hälsoperspektiv är detta betydelsefullt då en del av folkhälsoarbetet går ut på att informera befolkningen i ett samhälle om eventuella hälsoeffekter som olika typer av handlande kan medföra. I ett samhälle med lågt socialt kapital kan offentliga organ lägga ner o begränsat med resurser för att försöka påverka medborgarna att förändra sina levnadsvanor utan märkbara resultat, eftersom medborgarna inte kommer att lita på avsändaren.

20.4.3 Föreningslivet – en hälsofrämjande arena för alla

Rober D Putnam har i sin senaste bok om socialt kapital valt att i ett eget kapitel behandla det sociala kapitalets betydelse för hälsa och välbefinnande. I kapitlet slås det fast att socialt kapital har en avgörande betydelse för hälsoutvecklingen i en region. Putnam visar i sin studie att variationer mellan olika regioner vad gäller dödlighet och hälsa är starkt beroende av hur utvecklat det sociala kapitalet är.

Sambandet mellan socialt kapital och mortalitet kvarstår även om man väljer bort andra faktorer som kan tänkas påverka mortaliteten som social klass, kön, alkohol- och tobakskonsumtion samt andra hälsoproblem. Ett stort antal sjukdomar påverkas av sociala relationer. Vidare är sambandet mellan socialt kapital och mortalitet ännu starkare än det mellan socialt kapital och sjukdomar. Detta visar att socialt kapital påverkar kroppens hälsoutveckling på ett grundläggande sätt.²⁸

Putnam menar vidare att det även finns en stark korrelation mellan den självskattade hälsan och socialt kapital. Enligt Putnam har amerikanerna blivit friskare medan deras självskattade hälsa har försämrats, vilket är ett resultat av det minskade sociala kapitalet. Ökningen av depressioner, som står för den fjärde största sjukdomsörden i USA, tillskriver Putnam också det minskade sociala kapitalet.

Enligt Putnam kan social interaktion ha fysiologiska effekter som är bra för hälsan. Ensamhet däremot försämrar enligt Putnam hälsan hos individer på fysiskt mätbara sätt. Brist på socialt kapital leder till för tidigt åldrande enligt de forskare som Putnam hänvisar till.

²⁸ Putnam Robert D. *Bowling Alone – the collapse and revival of American community*. a.a.

Den stora betydelse för hälsoutvecklingen som Putnam tillmäter socialt kapital illustreras kanske bäst när han jämför socialt kapital och rökning. Enligt Putnam är det lika hälsofrämjande att gå med i en grupp som att sluta röka.²⁹

Att tillhöra en grupp kan även motverka att personer tar hälsorisker. I sociala situationer är det ofta krav på personer att de skall vara nyktra och rökfria. Det kan vara lättare att utveckla ett hälsovådligt beteende i ensamhet än om man har ögon på sig. Putnam menar att detta är fallet men även att sociala nätverk stärker ett hälsosamt beteende.³⁰

Man kan tänka sig att socialt kapital även kan ha andra negativa effekter för folkhälsan, där personer genom sitt nätverk lättare anammar ett ohälsosamt beteende. Ungdomar som börjar röka gör det ofta för att få känna grupptillhörighet, detsamma kan vara fallet vad gäller ungdomars narkotika- och alkoholmissbruk. Nyktra alkoholister vittnar ofta om problemet att man i vissa sociala situationer förväntas dricka alkohol. En person som missbrukar narkotika behöver tillgång till viss form av socialt kapital för att kunna införskaffa narkotikan eftersom narkotika inte är helt lätt att få tag på. Det kan alltså finnas behov av att uppmärksamma att socialt kapital, i likhet med andra former av kapital, även kan brukas destruktivt.

Inom föreningslivet är dessa ovan nämnda hälsovådliga risker kanske inte lika stora som i det övriga sociala livet. Det finns dock åtskilliga vittnesmål om ungdomar som kommit i kontakt med alkohol och tobak genom föreningslivet.

Det finns således föreningar och organisationer som i sig inte är bra för hälsan. En destruktiv form av socialt kapital kan man se i vad Putnam kallar "antisociala" organisationer som t.ex. Ku Klux Klan.³¹ Demokratiutredningen belyser samma problem i sitt slutbetänkande. Demokratiutredningen hyllar det civila samhällets organisationer men varnar samtidigt för antidemokratiska organisationer.³²

²⁹ a.a.

³⁰ a.a.

³¹ a.a.

³² SOU 2000:1. *En uthållig demokrati*. Demokratiutredningens slutbetänkande. Stockholm 2000.

20.4.4 Det sociala kapitalets betydelse för vissa grupper

Att känna sig som del av en grupp är, som nämnts ovan, en viktig del för utvecklandet av en god hälsa. Vad gäller utsatta grupper är kanske det sociala kapitalet än viktigare. Individer som tillhör en utsatt grupp känner sig i vissa fall utanför samhällsgemenskapen. I debattboken "Med gemensamma krafter" beskrivs homo- och bisexuellas situation på följande vis:

"Det är inte homosexualiteten i sig som gör att bögar och lesbiska mår dåligt. Det är de yttre strukturerna som gör att vi som grupp mår sämre. Utanförskapet i en kultur skapar stress, som leder till dålig hälsa. Den här typen av symptom på ohälsa är inte ovanliga för minoriteter som lever i samhällen där en majoritet förtrycker minoriteten."

Folkrörelser och föreningar har en betydande uppgift i att de får personer att bli del av en grupp. Människor med någon form av funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom kan ha ett stort behov av att träffa andra som i det avseendet är i samma situation.

20.4.5 Socialt kapital i Sverige

Som beskrivits tidigare har folkrörelser och föreningar varit synnerligen aktiva och inflytelserika i vårt land. Det har dock funnits en oro för att det sociala kapitalet skulle ha minskat under 1990-talet. Många av de traditionella folkrörelserna har tappat medlemmar och förtroendet för politiskt valda församlingar är ansett att vara lågt. Detta har setts som ett uttryck för att det sociala kapitalet skulle vara i fara.

Många menar att minskningen av medlemmar för många av de traditionella folkrörelserna är ett resultat av att samhället blivit mer fragmentariskt. Det minskade engagemanget i svenskt föreningsliv behöver dock inte ses som ett uttryck för en urholkning av det sociala kapitalet. I Demokratiutredningens slutbetänkande beskriver man utvecklingen i positiva ordalag. Demokratiutredningen menar att organisationslivet har förändrats från att dominerats av hierarkiska organisationer till en ny form av "platta" medborgarorganisationer. I Demokratiutredningen kallar man detta fenomen en ny nätverksskultur.³³

Den nätverksskultur som beskrivs kan vara positiv vad gäller skapandet av socialt kapital. I denna nya kultur är medlemmarna mindre

³³ a.a.

hårt knutna till respektive förening eller folkrörelse men har kontakter med flera. Detta kan antas öka det sociala kapitalet.³⁴

De studier som är gjorda av medborgarnas engagemang i olika typer av folkrörelser eller föreningar tecknar inte någon negativ bild. Medborgarnas engagemang är fortfarande högt. Man har till och med sett en viss ökning under 1990-talet.³⁵ Det är de bäst bemedlade som är aktivast i föreningslivet.³⁶ Det nya är att föreningslivet förändras och att nya former av nätverk, kooperativ och föreningar skapas. Exempel på detta är den ökade andelen av föräldrdrivna friskolor och daghem.

Det förefaller inte heller som om tilliten till andra medborgare har minskat. Bo Rothstein visar att människors tillit till sina medmänniskor har ökat i Sverige under perioden 1981–1997. Han visar vidare att denna tillit är korrelerad till ett engagemang i föreningar och organisationer.³⁷ Det förefaller alltså som att varken medborgarnas aktiviteter i civilsamhällets organisationer minskar eller som om förtroendet för ”sin nästa” har minskat i Sverige.

Ett bestående problem är dock att inte alla är aktiva i ett nätverk eller någon annan organisation. 23 procent av befolkningen ingår enligt Demokratiutredningen inte i något nätverk eller annan organisation. Detta är ett stort problem ur ett jämlikhetsperspektiv. Som vi sett tidigare har själva deltagandet en stor betydelse för enskilda personers hälsoutveckling. Det är inte en orimlig gissning att de personer som står utanför något nätverk är de som främst är i behov av ett socialt nätverk.

20.5 Bedömning

I den här promemorian har civilsamhällets organisationer studerats ur tre olika perspektiv: (1) som förmedlare av utsatta gruppers behov, (2) som aktör i hälsoarbetet och (3) som hälsosam arena. Eftersom civilsamhällets organisationer är heterogena är det svårt att ge en samlad bild av deras arbete och betydelse för folkhälsan i Sverige. Några slutsatser kan man dock dra.

³⁴ a.a.

³⁵ a.a.

³⁶ Jeppsson Grassman E, Svedberg L. Medborgarskapets Gestaltningar. Insatser i och utanför föreningslivet. I: SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym VIII. Stockholm 1999.

³⁷ Rothstein B. *Social Capital in the Social Democratic State*. The Swedish Model and Civil Society. Paper delivered at the 1998 Annual Meeting in Mariott Copley Plaza, Boston September 3–6 1998.

20.5.1 Intresseorganisationer som förmedlare av olika gruppers behov

Statsvetaren Bo Rothstein har beskrivit den svenska demokratisynen som kollektivistisk, vilket bl.a. innebär att intresseorganisationer får en särskilt stor betydelse som förmedlare av utsatta gruppers behov.³⁸ I den här promemorian har vi kunnat se att olika grupper inte har samma förutsättningar att göra sin röst hörd, men att de som har svårast att som individer ge uttryck för sina erfarenheter är de som har störst nytta av medlemskap och deltagande i en intresseorganisation.

20.5.2 Föreningar och folkrörelser som aktörer i hälsoarbetet

Föreningar och folkrörelsernas betydelse som aktörer i själva hälsoarbetet har ökat under senare år. I promemorian har diskuterats när organisationernas specifika natur gör dem bättre än offentliga organ att göra vissa saker, t.ex. att nå grupper som offentliga organ har svårt att nå eller där föreningarna har unika egenskaper som det offentliga aldrig kan ha.

Den utveckling vi sett med fler föreningar och folkrörelser som utför direkt hälsoarbete kommer sannolikt att fortsätta. Från folkhälso-synpunkt är denna utveckling positiv, eftersom samhället blir mer mångkulturellt och fragmentariskt, vilket innebär att medborgarnas behov blir mer heterogena. Civilsamhällets organisationer torde vara bättre på att föra ut information som riktar sig till speciella målgrupper eftersom de ofta har en större legitimitet än offentliga organ hos riskutsatta målgrupper.

Samtidigt är det viktigt att vara uppmärksam på att det civila samhällets organisationer inte enbart blir projektutförare, eftersom deras legitimitet som företrädare för olika grupper då kan riskeras. Det är därför av vikt att organisationernas hälsoarbete är väl förankrat bland dess medlemmar. Av denna anledning kan inte organisationsstödet ersättas av projektstöd.

³⁸ Rothstein B. Debattartikel i *Aftonbladet* 2000-03-20.

20.5.3 Föreningslivet som en hälsofrämjande arena

Föreningslivets betydelse som en hälsofrämjande arena har uppmärksamats under de senaste åren. Det är främst som skapare av socialt kapital som de är betydelsefulla. Socialt kapital är hälsofrämjande i sig. Personer som är aktiva i frivilligorganisationer mår bättre än de som inte är det.³⁹

För personer som tillhör en utsatt grupp är aktivt medlemskap i en förening eller folkrörelse av särskild vikt. Personer tillhörande minoriteter kan ofta känna sig utanför och till och med förtryckta av majoritetssamhället. Medlemskap i en förening eller folkrörelse kan ge dessa personer en gemenskap och ett sammanhang som de saknar i majoritetssamhället. Det behöver inte heller handla om förtryck eller utanförskap. Om man har en speciell funktionsnedsättning så kan man helt enkelt vilja få hjälp och stöd av andra i samma situation.

Det sociala kapitalet i form av deltagande i frivilligorganisationer är högt i Sverige och någon minskning förefaller inte vara anstånde. Det är dock troligt att en del av befolkningen som inte är aktiva i någon medborgarsammanslutning, samtidigt tillhör de grupper som skulle ha störst nytta och glädje av det.

Den ökade polariseringen och segregationen i samhället kan på sikt hota det överbyggande sociala kapitalet. Ett ökat samarbete mellan olika typer av föreningar och folkrörelser är i det avseendet viktigt.

³⁹ Putnam Robert D. *Bowling Alone – the collapse and revival of American community*. a.a.

21 Folkbildningens betydelse för hälsan

21.1 Bakgrund

Nationella folkhälsokommittén framhöll i delbetänkandet Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1999:137) att det är angeläget att belysa folkbildningens roll i folkhälsoarbetet.

Mot bakgrund av detta togs kontakt med aktörer inom folkbildningen som åtog sig att belysa frågan. Den följande texten är i huvudsak en förkortad version av det material som inkom till kommittén.¹ Sammanfattningen har gjorts av kommitténs sekretariat.

21.2 Folkbildningens utveckling och roll

21.2.1 Bildningsbegreppet – den historiska bakgrunden

Folkbildningens grenar folkbibliotek, föreläsningföreningar, folkhögskolor och studieförbund började växa fram under 1800 talet. Den idé-mässiga bakgrunden till nordisk folkbildning har sin förankring i idéströmningar på 1700-talet och framöver. Upplysningsfilosofins utgångspunkter i människors lika värde, rätt till personlig utveckling, åsiktsfrihet och yttrandefrihet är grunden. Tron på individens möjligheter att med nya kunskaper utvecklas både som individ och i ett större socialt sammanhang blev bärande. Bildningstraditioner och bildningsambitioner finns representerade i många länder och kulturer men har i de nordiska länderna fått en särskild inriktning på en bildningssyn som

¹ Underlaget har tagits fram av Sven-Olov Edvinsson, ordförande i Studieförbundet Vuxenskolan, och Berit Oscarsson, ordförande i Folkbildningsförbundet, tidigare vice ordförande i ABF. I arbetet har även Ulla Tengling, ABF och Per Gustafsson, SV deltagit. Underlaget har vidare redovisats och diskuterats vid Folkbildningsförbundets konferens för bl.a. Länsbildningsförbundens ordföranden och konsulenter den 28–29 augusti 2000.

betonar jämlikhet och allas lika värde. En liknande inställning ryms i definitionen att humanism i grunden utgår från alla människors lika värde med samtidig betoning av individens rätt och möjlighet att utvecklas estetiskt, moraliskt och intellektuellt.

Bildningsbegreppet har varierat över tiden. Bildningsbegreppet kom att stå dels för å ena sidan lärande i form av utbildning, dels den typ av bildningsarbete som kan kallas självbildningsidealet. Bildningsprocessen bygger på att människan är aktiv och kan utvecklas i en oändlig process livet ut. Det centrala i självbildningsbegreppet är helhetssynen och självaktiviteten.²

21.2.2 Grundläggande begrepp idag

Idag finns en betydande samstämmighet i Norden kring folkbildningens förhållningssätt till den moderna människans situation och den moderna tidens utmaningar. I den svenska folkbildningspolitiken uttrycks detta genom begrepp som fritt och frivilligt deltagande och stor frihet för folkbildningens deltagare och aktörer att självständigt formulera målen för bildningsarbetet. Mot denna bakgrund har bl.a. regering och riksdag valt att formulera syftet för samhällsstödet till folkbildningen i stället för att fastställa mål för verksamheten:

Statens stöd till folkbildningen skall ha till syfte att

1. främja en verksamhet som gör det möjligt för kvinnor och män att påverka sin livssituation och som skapar engagemang för att delta i samhällsutvecklingen,
2. stärka och utveckla demokratin,
3. bredda kulturintresset i samhället, öka delaktigheten i kulturlivet samt främja kulturupplevelser och eget skapande.

Verksamhet som syftar till att utjämna utbildningsklyftor och höja utbildningsnivån i samhället skall prioriteras liksom verksamhet som riktar sig till utbildningsmässigt, socialt och kulturellt missgynnade personer. Personer med utländsk bakgrund, deltagare med funktionshinder och arbetslösa utgör särskilt viktiga målgrupper för statens stöd.³

Därigenom bibehålls och förstärks den karaktär av underifrån-perspektiv, självständighet och mångfald som utvecklats inom folkbildningen under de senaste 100 åren. I Sverige är 11 studieförbund, 147 folkhögskolor och bibliotekens status alla exempel på detta. Denna

² Gustavsson B. *Bildningens väg. Tre bildningsideal i svensk arbetarrörelse 1880-1930*. Stockholm. Wahlström & Widstrand 1995.

³ Förordning (1991:977) om statsbidrag till folkbildningen.

verksamhet har via en statlig utvärdering SUFO 96 gett följande sammanfattande bedömning:⁴

Den totala omfattningen av folkbildningen anses väl motsvara vad staten kan förvänta sig av bidragsgivningen. SUFO är medveten om svårigheten att öka deltagandet inom de prioriterade grupperna, men anser ändå att studieförbunden bör öka ansträngningarna att höja deltagandet bland kortutbildade, invandrare och arbetslösa. I de statliga måldokumenterna bör arbetslösa tillföras som en prioriterad grupp.

Deltagarna är i allt väsentligt nöjda med resultatet av sina studier och med verksamheten överhuvud taget. Det är inte något tvivel om att folkbildningen betyder mycket för den allmänna bildnings- och kunskapsnivån bland vuxna liksom för kulturlivet i Sverige. Ett annat viktigt värde ligger i det sociala nätverk i vardagslivet som framför allt studiecirkelarna utgör. Verksamheten inom både studieförbund och folkhögskolor måste anses ha den betydelse för demokratins befastande och utveckling i Sverige och för deltagarnas personliga utveckling som anges i de statliga måldokumenterna.”

21.2.3 Folkbildningens utveckling i stort

Inom studieförbundens verksamhet år 1999 samlade studiecirkelarna drygt 2,8 miljoner deltagare och kulturverksamheten 18 miljoner besökare/deltagare. Folkhögskolorna samlade samma år ca 9 500 deltagare på vårterminen och ca 9 700 deltagare på höstterminen. En stor del av verksamheten i studieförbund och folkhögskolor sker i samarbete med olika folkrörelser. Folkbildningens verksamheter finns översiktligt redovisade i Folkbildningsrådets (FBR) redovisning till regeringen år 1999.

Studieförbundens samlade verksamhet beskrivs i ett underlagsmaterial till Nationella folkhälsokommittén av Anders Ekman.⁵ I den del av redovisningen som bygger på statistiskt material från SCB går det att utläsa fördelningen mellan huvudämnesgrupper, t.ex. medicin och hälso- och sjukvård. Att utgå från den ämnesmässiga statistiken ger emellertid enbart en ytlig information om verksamhetens innehåll sett ur folkhälsopolitisk synvinkel.

I kommitténs delbetänkande framhålls betydelsen av social gemenskap som en viktig hälsofaktor. Folkbildningsaktörerna sätter social gemenskap mycket högt på prioriteringslistan. Verksamheter bland människor med utländsk bakgrund har ökat kraftigt under de senaste

⁴ SOU 1996:159. *Folkbildningen – en utvärdering*. Betänkande av utredningen för statlig utvärdering av folkbildningen.

⁵ Ekman A. Studieförbunden och deras roll i folkhälsoarbetet, opublicerad rapport till Nationella folkhälsokommittén. I rapporten finns beskrivningar av folkbildningens framväxt, resultat från SUFO 96 samt verksamhet med folkhälsoinriktning.

åren, samtidigt som verksamheter bland äldre och funktionshindrade är stabila.

Däremot finns anledning att fundera över studieförbundens bristfälliga förankring i breda ungdomsgrupper. Undantag finns förvisso om man tänker på verksamheter som ungdomsmusiken, idrottsnära verksamhet, föräldrautbildning m.m. Den generella bilden är emellertid att studieförbunden har en svag representation i åldersintervallet 15–29 år. Vissa indikationer tyder på att även det generella folkhälsoarbetet uppvisat svårigheter att verka i åldersgruppen 15–29 år. Detta borde ge anledning till gemensamma och riktade insatser för att nå gruppen ungdomar och unga vuxna eftersom dessa åldersgrupper är centrala med tanke på livsstilsrisker, attityder inför utbildningskarriären samt attityder kring samlevnad och familjebildning. Frågor om att stödja och främja föräldraskapet kan vara av ytterst central betydelse i det generella folkhälsoarbetet.

21.2.4 Exempel på projekt med folkhälsoinriktning

Skillnader i verksamhetsprofil både mellan och inom olika studieförbund och folkhögskolor är betydande. Detta är ytterst ett resultat av den frivilliga och deltagarstyrda verksamheten. Av den anledningen finns exempel på många olika aktiviteter vilka sprids via goda exempel. Tidigare decenniernas kampanjsatsningar har alltmer fått ge plats för specifika och unika verksamheter. Exempel på unika projekt är hälsoprojektet Friska Sidor som bedrivs av Ansgariegården inom Studieförbundet Vuxenskolan (SV) Det är personer med utvecklingsstörning som deltar i studiecirkel som alla har friskvårdsinriktning, t.ex. matlagning som är nyttig, samtalsgrupper där man kan diskutera vad som är viktigt för att man skall vara glad och må bra.

ABF i Stockholm försöker genom personligt uppsökande verksamhet nå uteliggare, skapa mötesplatser och aktiviteter. I Örebro län bedrivs projekt med teman som läsningens betydelse för hälsan. Antonprojektet i Uppsala har syftet att skapa mötesplatser för personer med psykisk störning. I Skåne/Lund bedrivs ett projekt som erbjuder personer med s.k. utbrändhet att delta i estetisk verksamhet. I Stockholms län bedrivs ett treårigt projekt med ensamma och isolerade personer som målgrupp, med utvärdering från Samhällsmedicin.

21.2.5 Folkbildningsorganisationernas egna programarbeten

ABF

I ABF:s idéprogram är en av grunderna följande:

För ABF är humanismen ett grundläggande värde där humanism innebär varje människas lika värde, personliga frihet i handling och tanke, tolerans mot oliktankande och därmed krav på demokrati och mänskliga rättigheter.

I avsnittet bildningssyn behandlas bl.a. arbetslivsbildning: I arbetslivet grundläggs klyftor som sedan fortplantas socialt, kulturellt, hälso- och utbildningsmässigt. Därför bör ABF öka sina bildnings- och kulturinsatser i arbetslivet.”

”Arbetslivsbildning, alltså studier och kulturverksamhet med arbetsgemenskapen som grund, kan ta sig en rad olika uttryck och behandla olika ämnesområden.⁶

Studieförbundet Vuxenskolan (SV)

SV:s nyligen antagna idéprogram ”Förhoppningar för framtiden” inleds med grundsynen:

Varje människa bär på sin personlighet och sina drömmar om framtiden. Oavsett bakgrund, utbildningsnivå, ålder, kön, fysisk och mental styrka måste det finnas många och återkommande möjligheter för alla människor att växa och utvecklas. Folkbildningen strävar efter att stärka dessa möjligheter, för ökad självkänsla och kännedom om den egna förmågan. SV arbetar för att människor genom ökad kunskap och insikt skall kunna upptäcka sina egna utvecklingsmöjligheter och få motivation och kraft att förändra sin situation och tillsammans med andra delta i samhällsarbetet.⁷

⁶ ABF Idéprogram sid. 3 och 5.

⁷ Studieförbundet Vuxenskolan Idéprogram. ”Förhoppningar för framtiden” sid. 6 och 14 år 1999.

I programmet utvecklas folkbildningens möjligheter att ge helhetssyn för att bl.a. bidra till en god hälsa:

Samhället och omvärlden befinner sig i en fas av genomgripande förändring som påverkar de flesta av livets och samhällets aspekter; ekonomiska, politiska, tekniska och sociala. Ur detta växer sig en längtan stark efter andra värden hos många människor. Koncentrationen på snabbhet och snävt ekonomiskt mätbara resultat lockar fram motrörelser som vill se humanistiska värden och som sätter människan och livet i centrum. Intresset för de existentiella frågorna ökar. När gamla värderingsmönster och förankringar förtvinar söker människor nya förankringar i tillvaron. Sökandet efter den egna identiteten ökar. Kanske är detta också en förutsättning för att klara dessa ständiga förändringar, denna ständiga tempoökning och ständiga krav på anpassningsförmåga; att bygga upp en trygg hemmahamn där de grundläggande behoven av identitet, hälsa och social bekräftelse är tillgodosedda.

Det ställer krav på ett ständigt lärande, och utrymme för att reflektera över och tolka vad som händer. Annars finns risken att förändringarna blir obegripliga och att den enskilde inte kan tillvarata det värdefulla i det som sker. Folkbildningen kan erbjuda bildning som ger helhet och förståelse i en tid där allt blir mer preliminärt.

21.2.6 Folkbildningens roll i vuxenutbildningen

Relationen mellan å ena sidan folkbildningen som den vuxit fram alltsedan 1800-talet och å andra sidan utbildningsbegreppet i allmänhet och vuxenutbildningen i synnerhet innehåller flera exempel på både samverkande och motstridiga ambitioner. Både Inge Johansson⁸ och Tore Johansson⁹ belyser traditioner och arbetssätt som gör relationen mellan utbildning och folkbildning till ett spänningsladdat fält. Jan Byström¹⁰ visar i följande sammanställning av termer och benämningar exempel på hur olika förhållningssätt även märks i språkbruket:

⁸ Johansson I. *För folket genom folket*. Stockholm. Liber Utbildningsförlaget 1985.

⁹ Johansson T. *Vägvalet – en bok om folkbildning i brytningstid*. Stockholm. LT:s förlag 1990.

¹⁰ Byström J. *Studiecirkeln pedagogik* 1983.

<i>I stället för</i>	<i>används</i>
Lärare	Cirkelledare
Elev	Deltagare
Lektion	Sammankomst
Läxor	Hemarbete
Lektionssal	Studierum
Undervisning	Studier
Läroböcker	Studiematerial
Läroplaner	Studieplaner
Termin	Studiesäsong
Auktoritär	Demokratisk
Samhällsbevarande	Samhällsförändrande
Individualistisk	Kollektiv
Konkurrens	Samverkan
Reproduktion	Produktion
Accepterande	Ifrågasättande
Informativ	Utforskande

Sammanställningen kan förleda läsaren att tro att cirkeln har alla fördelar på sin sida. Men eftersom formen för studiecirkeln är så pass krävande löper den också betydande risker att spåra ur. Cirkeln kan då utvecklas till kafferep, skolklass eller terapeutisk grupp beroende på om den sociala funktionen, undervisningen eller starkt deltagarfokus dominerar alltför mycket.

Denna spänning mellan utbildning och folkbildning har sedan 1960-talet orsakat en viss osäkerhet kring studieförbundens och folkhögskolornas vuxenutbildningsroll. Det finns exempel även idag på att universitet och högskolor inte accepterar folkhögskoleomdomen som behörighetsgrund för studier vid högskolan.

I slutbetänkandet Kunskapsbygget 2000 – det livslånga lärandet (SOU 2000:28)¹¹ ges folkbildningen en betydande och självständig roll i framtida vuxenutbildning som självständig aktör. Folkbildningen uppvisar dokumenterat goda resultat med avseende på begrepp som livslångt lärande, att minska orättvisa skillnader i utbildningsnivå mellan olika grupper samt i förmågan att nå eftersatta grupper.

Utbildning är sannolikt en av de väsentligaste bestämningsfaktorerna när det gäller hälsa, välfärd och arbete. Utanförskapet för stora grupper har en betydande orsaksfaktor i det faktum att stora grupper

¹¹ SOU 2000:28. Kunskapsbygget 2000 – det livslånga lärandet. Kunskapslyftskommitténs slutbetänkande.

lämnar grundskolan (11 %) och gymnasieskolan (26 %) utan godkända betyg i alla ämnen.¹²

Mot bakgrund av utbildningens betydelse för hälsosituationen i befolkningen finns stor anledning att fördjupa både kunskaperna och strategierna kring hur utbildningsskillnaderna motverkas. Detta arbete kräver insatser på samhällets alla nivåer. Kunskapslyftskommittén pekar på bl.a. forskning och utveckling, förstärkning av individernas ställning, organisation och infrastruktur inom utbildningsväsendet.

21.2.7 Olika målgrupper

Folkbildningsrådets redovisning för år 1999¹³ ger en sammanfattande bild av den verksamhet inom studieförbund och folkhögskolor som erhåller statligt stöd. Studieförbundens cirkelverksamhet, räknat i studietimmar, ökade under år 1999 med ca 3 procent. Antalet invandrare och handikappade som deltog i studiecirklar som uppkommit till följd av särskilda, riktade insatser utgjorde ca 10 procent respektive drygt 8 procent av det totala antalet deltagare. Jämfört med föregående år, har verksamheten för invandrare ökat med ca en procentenhet medan verksamheten för handikappade ligger på en oförändrad nivå. Kvinnorna utgjorde ca 57 procent, vilket innebär samma andel som under föregående år.

Studierna inom området beteendevetenskap och humaniora svarade för knappt 8 procent och området samhällsvetenskap och information för ca 19 procent. Matematik och naturvetenskap svarade för ca 6 procent och de estetiska ämnena för 49 procent. Språkområdet svarade för ca 7 procent och slutligen utgjorde de övriga ämnenas andel ca 11 procent. Jämfört med år 1998 handlar det enbart om små förändringar mellan de olika ämnesgrupperna.

I folkhögskolornas verksamhet utgjorde andelen kvinnor ca 64 procent, andelen med funktionshinder var ca 13 procent samt andelen med språkliga handikapp ca 21 procent. I snitt var längden på kurserna ca 17 veckor. Ca 86 procent av deltagarna studerade på allmänna kompetenshöjande utbildningar på grundskole- och gymnasienivå med tyngdpunkt på basämnena, språk samt datakunskap. Resterande ca 14 procent studerade på mer ämnesprofilerade kurser. Ca 84 procent av deltagarna hade utbildning motsvarande högst tvåårig gymnasieskola. Åldersmässigt sett dominerade gruppen 25–45 år som svarade för ca 60 procent av deltagarna.

¹² SCB 1999c, 1999i, 1999k.

¹³ Folkbildningsrådet: Årsredovisning 1999. Februari 2000.

21.2.8 Folkbildningens organisatoriska roll i folkhälsoarbetet

Folkbildningens aktörer är väl organiserade i Sverige. Även i jämförelse med situationen i övriga Norden har studieförbunden och folkhögskolan en stark ställning både nationellt, regionalt och framförallt lokalt. En betydande organisatorisk och ideologisk mångfald ger breda kontaktytor med olika befolkningsgrupper och geografiska delar av vårt land. Med utgångspunkt från begrepp som fritt och frivilligt, underifrånperspektiv samt självbildning som metod finns anledning att analysera hur kommitténs förslag kan synkroniseras med folkbildningens egna mål. Formuleringen i folkbildningsförordningen om att statens stöd syftar till att främja en verksamhet som gör det möjligt för kvinnor och män att påverka sin livssituation, rymmer även aspekter på hälsa. Detta bör kunna utgöra basen för en fördjupad samverkan mellan folkbildningens och folkhälsans aktörer.

21.3 Bildning som friskfaktor – folkbildningens strategiska roll för folkhälsoarbetet

I avsnitt 21.2 läggs tonvikten vid folkbildningens möjligheter att utifrån sin tradition och särart spela en organisatorisk roll i folkhälsoarbetet. I detta avsnitt belyses själva bildningsprocessens betydelse för hälsa/ohälsa. Bildning utvecklas i nästan lika många sammanhang som vardagen erbjuder. Folkbildningens organisationer är i detta avseende endast en av flera aktörer. Utgångspunkten för resonemanget är att intresse och öppenhet för lärandet i sig är en väsentlig bestämningsfaktor för hur förutsättningarna för hälsa utvecklas. Självförtroendet, självbilden och självkännedomen är viktiga för människors förutsättningar att möta nya situationer.

Inom pedagogisk forskning uppmärksammas riskerna för att individer som tidigt hamnar utanför lärande miljöer i vardagen och i arbetslivet löper kraftigt ökad risk för erosion i sin bildning och tilltron till att själv kunna delta i nytt inlärande. I Folkbildningsrådets rapporter åren 1993/94–1997 om studieförbundens och folkhögskolornas särskilda utbildningsinsatser för arbetslösa¹⁴ beskrivs många exempel på annorlunda och oväntade vägar till lärande och utbildning för grupper med långtidsarbetslöshet. I dessa erfarenheter kan det finnas viktiga bidrag

¹⁴ Folkbildningsrådets rapporter åren 1994, 1995, 1996, 1997, 1998.

till att möta bakgrunden till senare tids ökade hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper.

21.3.1 Att nå människors tillit – en fråga om tillit till bildning

Lärande och bildning rör människors attityder, sätt att förstå och tänka. I det moderna informations- och kunskapssamhället är individens behov av bildning, kunskap, och personlig kompetens stort. Lärandet sker i mötet med det nya och okända, som tolkas utifrån egna och andras erfarenheter. Bildning och lärande är en fortgående process som inte har ett slut. Bildning handlar om att börja hos sig själv, gå ut från och utöver sig själv för att sedan komma tillbaka till sig själv i en ständig rörelse mellan det välbekanta och det främmande. Den bygger på en växelverkan i samtal med andra och egen reflexion som berikar individen och främjar gemenskap. Människan blir människa genom andra människor. Vårt självmedvetande skapas i relationer till andra. Att nå människors tillit är en fråga om tillit till bildningsprocessen. Bildning förutsätter och föder engagemang.

21.3.2 Vägen till kritiskt tänkande

En viktig idé för folkbildningen är att stärka individens och gruppens självständighet, oberoende och kritiska tänkande. Ensamboendet har ökat under en följd av år. Samtidigt växer behovet av att bli sedd, att få spela en roll och stärka sitt oberoende. Det har med makten över kunskap att göra. Det måste finnas arenor för varje deltagare som känner sin integritet hotad. Makten över individernas studier och kunskapsinnehåll inom reguljär utbildning och i arbetslivet ligger inte alltid hos den enskilde. Det behövs därför arenor som stimulerar till kritiskt tänkande och oberoende.

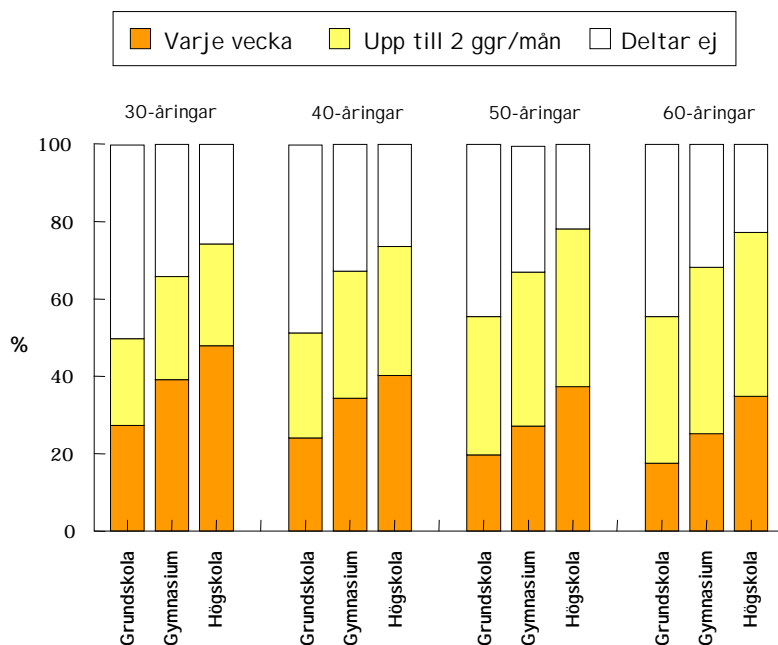
21.3.3 Engagemang som friskfaktor

Sunt förnuft talar för att ett positivt engagemang är en positiv hälsofaktor. Skapande, att läsa litteratur, gestaltning och social stimulans är positiva upplevelser som befördrar hälsa och möjligen hindrar ohälsa. Förutom kulturellt engagemang – passivt eller aktivt – finns överraskande få vetenskapliga beskrivningar av engagemanget som friskfaktor. Utbildningsnivå – formell eller informell – är starkt kopplad till

hälsa. Frågan är om det är kunskapen, lärandeprocessen och/eller en bildningshållning som mest stimulerar hälsa och välbefinnande.

Figur 21.1. Västerbottensundersökningen.

Utbildning och föreningsaktivitet



Källa: Västerbottens Hälsoundersökningar 1989-98. N = 60.554.

Preliminära resultat från Västerbottens hälsoundersökningar 1989-98¹⁵ som redovisas i figur 21.1 antyder att det finns ett samband mellan formell utbildningsnivå och engagemang. En angelägen fråga är därför att klargöra i vilken utsträckning sambandet mellan utbildningsnivå och hälsa är ett samband mellan bildning/engagemang och hälsa. För att klargöra detta närmare bör det vara en framtidsuppgift för forskningen att bl.a. analysera om hälsa/ohälsa skiljer sig inom respektive utbildningsgrupp beroende på engagemang.

¹⁵ Västerbottens hälsoundersökningar 1989-1998. N=60 554.

21.3.4 Bildning och hälsa

Från en position inom folkbildningsarbetet finns många tecken på att en positiv relation mellan bildning och hälsa existerar. Sannolikt finns i förlängningen en möjlighet till att denna väg kunna belysa engagemangets betydelse för hälsa och välbefinnande. Frågeställningarna saknar vetenskaplig underbyggnad och borde därför bl.a. bli föremål för långsiktig forskning.

Forskning kring folkbildning finns representerad i olika sammanhang men sambanden med hälsa och välbefinnande tycks inte ha varit föremål för forskning. En bredare genomgång görs av Kjell Rubensson¹⁶ varvid han bl.a. konstaterar att korttidsutbildades deltagande i studiecirkelverksamhet är viktigt utifrån principen fritt och frivilligt. Som dess motsats anges personalutbildningarna som styrs av företagets behov och intressen.

Lousie Waldén¹⁷ betonar folkbildning som praktiserad kulturpedagogik. Att ordsätta det ordlösa är att lära människor se. Waldén skriver: "Studiecirkeln som socialt kitt i den svenska kulturen är svår att över-skatta men lätt att underskatta."

I ett försök att fånga begreppet välbefinnande skriver Waldén¹⁸:

"Välbefinnandet tycktes bero på flera faktorer: Lärandet, gemenskapen, det fria och frivilliga deltagandet. Vi satte ord på fyra dimensioner i hantverks-utövandet, som bidrog till välbefinnandet och som alla svarar mot djupt mänskliga behov: den tekniska, skapande, estetiska och meditativa dimensionen."

Folkhälsoforskningen har stor anledning att uppmärksamma lärandet och bildningens område. Det finns såväl kulturpedagogiska som filosofiska aspekter av betydelse. Folkhälsoarbete får sannolikt sin största betydelse i sammanhang med stor tillit och frivillighet.

¹⁶ Rubensson K. Studieförbundens roll i vuxenutbildningen – reflektioner i anslutning till en analys av ULF-data. I: SOU 1996:159 a.a.

¹⁷ Waldén L. *Handen och Anden; En studie i ABF:s och Studieförbundet Vuxenskolas praktisk-estetiska verksamhet 1992-1994.*

¹⁸ Waldén L. *Kulturvetenskaplig forskning – ett fält i utveckling, konferensrapport 1996.*

21.4 Mål för den lokala nivån – folkbildningens betydelse

Den lokala nivåns betydelse för medborgarengagemang betonas i olika sammanhang. Demokratiutredningen¹⁹ redovisar utifrån ett deltagarperspektiv viktiga aspekter på engagemangets betydelse för demokratin i Sverige. I rapporten *Demokrati och Hälsa*²⁰ utgiven av Landstingsförbundet betonas lokalpolitikens betydelse. I rapporten *Cirkelsamhället*²¹ i anslutning till SUFO 96 (SOU 1996:159) belyses studiecirkelnas mångsidighet och flexibilitet såväl för individ som lokalsamhälle.

”Ur lokalsamhällets perspektiv kan cirkelverksamheten bidra till att göra människor mer oberoende och självständiga men också bidra till att utveckla deras samförståndsvilja och moral. Inte minst bidrar cirkeln till människors allmänna välbefinnande och hälsa.”

Folkhälsoarbetet måste baseras på lokal närvaro. I samverkan med folkbildningsverksamheterna finns en stor potential att utveckla folkhälsans lokala förankring.

21.4.1 Mötesplatsens betydelse

Studieförbunden betonar alltmer betydelsen av många mötesplatser där människor kan träffas. Frågan är om inte den viktigaste förklaringen till folkbildningens ökade omfattning mitt i informations- och kunskaps-samhället är behovet att mötas under fritiden. Om den svenska studiecirkeln motsvarar det franska cafét som vardaglig mötesplats är det ett icke oväsentligt bidrag till folkhälsan. Mötesplatsernas betydelse för både lokalsamhället och samhällsutvecklingen i stort finns dokumenterat från flera håll.^{22,23}

¹⁹ SOU 2000:1 *En uthållig demokrati*. Slutbetänkande av Demokratiutredningen.

²⁰ Landstingsförbundet. *Demokrati & Hälsa*. Best nr 1843.

²¹ Andersson, Laginder, Larsson, Sundgren: *Studiecirkelnas betydelse för individ och lokalsamhälle*. I: SOU 1996:47.

²² Kassman C. *Idéernas mötesplats – Folkets hus rörelsen 100 år*. 1992.

²³ Davidsson H. *Mötesplatser – en bok om bygdegårdsrörelsen i Sverige*. 1994.

21.5 Beredskap att möta nya utmaningar

Beskrivningarna kring bildning och folkhälsa utgår av förklarliga skäl många gånger från erfarenheter från gångna tider. De stora utmaningarna framöver är emellertid så annorlunda att både kunskapen, analysen och slutsatserna behöver utvecklas efter nya vägar. Följande rubriker är exempel på områden kring vilka folkhälsoarbetet har anledning att fördjupa engagemanget.

21.5.1 HUGO

Ett exempel är den påverkan av tankemönster och värderingar som kan förväntas bli följden av HUGO – Human Genom Project. Nyligen spreds världsnyheter att det mänskliga genomet (samlade genetiska kod) snart är kartlagd till 100 procent. Händelsen har i populärpressen beskrivits som möjligheter att i många fall koppla enskilda gener (arvsanlag) till konkreta sjukdomstillstånd. Med all säkerhet kommer utvecklingen att karaktäriseras av ökad medvetenhet och betoning av större biologisk komplexitet än enkla samband. Idag är det fullständigt självklart att betrakta problem i naturen utifrån ett ekologiskt helhetsperspektiv och inte utifrån enskilda detaljer.

I en rapport understryker professor Leroy Hood,²⁴ ledamot i den kommitté som ansvarat för HUGO-projektet, systembiologins framväxt i skuggan av att människans gener kartläggs. HUGO-projektet kommer att innebära slående förändringar inom både biologin och medicinen. På vissa håll beskrivs förväntningar på långsiktigt kraftigt ökad medellivslängd i befolkningen. Förändringarna innebär en ny varseblivning av biologin som en informationskrävande vetenskap med krav på komplicerade analysmodeller och stor datorkraft. Systembiologin kräver stor kunskap inte minst för att förhindra oseriös användning gentemot enskilda individer. Den genetiska integriteten blir en allt viktigare politisk fråga.

Det är angeläget med en generell och kraftig satsning på kunskaper och bildning hos befolkningen i dessa frågor. Det är endast via kunskaper och bildning som den nya genetiken kan garanteras demokratisk kontroll och humanistisk tillämpning.

Folkhälsoarbetet borde präglas av konsekvenser som följer i kölvattnet av de stora genetiska forskningsgenombrotten. Genomforskningen utvecklas snabbt till tillämpad forskning och kommersiell till-

²⁴ Hood L. Genes, Genomes and Society, paper at 11th World Congress of IASSID, Seattle 2000.

lämpning. En angelägen uppgift för folkhälsoarbetet är att mobilisera den breda kunskapsspridningen i befolkningen för att ge möjligheter till att analysera, balansera och etiskt belysa genteknikens framsteg. Den medicinska kunskapsspridningen präglas i många fall av en hierarkisk kunskapssyn och tradition, och eftersom den nya systembiologin berör mänsklighetens kärnfrågor behövs därför att kunskapsspridningen baseras på tanken om en oändlig och demokratisk bildningssyn.

21.5.2 Vem äger kroppen – synen på individen

Frågan om vem människokroppen tillhör är i grunden både provokativ och berör frågor om kroppens organ efter döden och genetisk manipulation av mänsklig vävnad. Vid en första anblick tycks svaret uppenbart: Var och en av oss är ägare till sin egen kropp. Synen på den mänskliga kroppen eller kroppens organ som ägodelar är dock en i högsta grad komplex fråga.

Vår privata syn på vår kropp beror på religiös, kulturell, historisk och moralisk uppfattning. Mot den bakgrunden är det inte förvånande att det finns en så stor variation mellan olika länder när det gäller exempelvis lagstiftningen kring organdonationer. I flera europeiska länder, exempelvis Frankrike²⁵ och andra länder vid medelhavet, baseras lagstiftningen på synen att samhället äger rätten till våra kroppsorgan. Det innebär att man utgår från att varje medborgare förutsätts donera organ i händelse av hjärndöd. I USA och Storbritannien tillhör organen individen och donation förutsätter godkännande under livstiden.

Forskningens framsteg blottlägger allt fler etiska frågeställningar och ibland konflikter som för att nå någon form av konsensus förutsätter kunskaper och bildning bland människor på en sådan nivå att demokratiska beslut kan förankras, fattas och förstås.

Exemplet med vem som äger kroppen och dess organ har sin tillämpning även i folkhälsoarbetet. Visioner och strategier som i något avseende berör människans kropp eller dess funktioner måste baseras på en etisk tillit till uppsåt och resultat. Bildningens betydelse är i detta sammanhang central för möjligheterna att förstå, ta ställning, påverka och balansera.

²⁵ Devictor D. Congress paper *Journal of Intellectual Disability Research* 44/2000, p. 265.

21.5.3 Utan hållbar utveckling minskar utrymmet för människors hälsa

De yttersta förutsättningarna för människors hälsa och välbefinnande finns i möjligheterna att vända jordens utveckling till en hållbar utveckling. Så länge jordskorpan fortsätter förlora grundämnen, kretsloppet tillföras nya och ibland skadliga ämnen, skövling och överexploatering tillåts samt obalans och orättvisor utvecklas har inte utvecklingen nått hållbarhet. Utrymmet för människors hälsa minskar så länge påverkan och risker tilltar. Befolkningsstillväxten är ett exempel på obalans. Bildningens betydelse är i detta sammanhang central för möjligheterna att förstå, ta ställning, påverka och balansera.

21.6 Bedömning

En slutsats av de framförda resonemangen är att en ökad tillgång till bildning kan antas vara viktig för att uppnå hälsa.

Bildning är en väg för att

- motverka orättvisa och ökande skillnader i hälsoläget för olika individer och samhällsgrupper
- öka förmågan att möta nya kunskaper och hälsopolitiska utmaningar i framtiden till följd av vetenskapliga framsteg och framstegens etiska konsekvenser
- höja beredskapen för att nå en hållbar utveckling

Folkbildningens organisatoriska roll i folkhälsoarbetet kan vara att

- stimulera till en ökad uppmärksamhet kring betydelsen av bildning och engagemang inom hela befolkningen för hälsoutvecklingen
- lyfta fram behovet av ökad forskning kring engagemang/bildning och hälsa/välbefinnande
- utveckla långsiktiga nätverk mellan folkbildning och folkhälsoarbete med tonvikt på lokala kontakter och lokala tillämpningar
- utveckla former för ömsesidigt kunskapsutbyte mellan medarbetare inom folkbildningen och folkhälsoarbetet genom fortbildningsinsatser, projektinriktat arbetet, utvecklingsresurser för fördjupad kunskapsutveckling
- utveckla det livslånga perspektivet både i lärandet och i hälsoarbetet
- fortsätta att prioritera särskilda målgrupper
- ge fokus åt några viktiga frågeställningar för framtidens utmaningar

Det är angeläget att bildningens och engagemangets betydelse för människors hälsa blir föremål för forskning. Det bör bl.a. vara en framtidsuppgift för forskningen att analysera i vilken utsträckning hälsa/ohälsa skiljer sig åt mellan människor med en likvärdig utbildning men med olika grad av engagemang i t.ex. föreningar.

22 Styrning och samordning av folkhälsoarbetet¹

22.1 Inledning

För att de nationella folkhälsomålen skall få genomslagskraft bör som en del av den nationella strategin ingå förslag om styrning och samordning respektive uppföljning och utvärdering av åtgärder med inriktning på målen.

Uppföljningar och utvärderingar har gjorts i andra länder, t.ex. USA, England och Finland, och av Världshälsoorganisationen (WHO), både globalt och i Europaregionen. De bygger i princip dels på att jämföra epidemiologiska data och statistiska hälsoindikatorer mellan olika tidpunkter, dels på en mer allmän redovisning och bedömning av genomförda insatser och program avsedda att bidra till att förverkliga de uppställda målen.

Förslaget till nationell folkhälsostrategi i Sverige ger delvis andra förutsättningar för styrning, samordning, uppföljning och utvärdering av folkhälsomålen:

- Sverige är en nationalstat med gemensam lagstiftning och homogen samhällsstruktur.
- Genom att förslagen till nationella folkhälsomål huvudsakligen inriktas på bestämningsfaktorer för folkhälsan, ges förutsättningar för ett tydligt sektorsansvar på alla samhällsnivåer, i likhet med vad som gäller för de nationella miljömålen.
- Riksdag och regering förfogar över styrinstrument för sina statliga myndigheter inkl. att precisera sektorsansvar bland dessa.
- Genom förslaget till ombildning av Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57) skapas en central instans för stöd, samordning och samlad överblick när det gäller folkhälsoarbetet.

¹ Kapitlet har sammanställts av kommitténs sekretariat mot bakgrund av ett underlagsmaterial från stabschef Bosse Pettersson, Folkhälsoinstitutet.

22.2 Förutsättningar för folkhälsostrategin att slå igenom

Möjligheterna att genomföra en samlad styrning och samordning av den nationella folkhälsostrategin måste ses i sitt sammanhang. I det svenska samhällssystemet och i den tidsanda som nu gäller finns det ingen institution som vare sig formellt, eller reellt kan hävda någon ensidig rätt att styra och samordna folkhälsan i Sverige. Det torde dock ligga i flertalets intresse att dubbelarbete undviks och att berörda aktörer ges ett så stort utrymme som möjligt att själva komma fram till lösningar som är möjliga. Den nationella strategin är främst styrande genom

- sin grundläggande värdering om jämlika förutsättningar för hälsa
- sin legitimitet vetenskapligt och politiskt
- sina prioriteringar genom de mål som fastställs och deras inriktning
- sina indikatorer och uppföljningsmekanismer
- andra eventuella mekanismer som Nationella folkhälsokommittén föreslår och riksdag och regeringen fattar beslut om

Styrningsfilosofierna både utvecklas och avvecklas över tid. Idag torde det råda en allmän enighet om att målstyrning allena är otillräcklig för att förverkliga en strategi. Det krävs en kombination av olika styrmedel. Samtidigt förfogar olika intressenter över skilda styrmedel. Här redovisas ett antal styrmedel som är möjliga att använda för att genomföra och följa upp den nationella folkhälsostrategin.

Kunskapen är dock begränsad om vilka faktorer och styrmedel som är viktigast för att få genomslagskraft för nationella folkhälsomål. Med stöd av de erfarenheter som finns på folkhälsoområdet och från andra politikområden kan följande faktorer lyftas fram.

22.2.1 Legitimitet – sakligt och politiskt

Först gäller det målens sakliga legitimitet. De expertunderlag som tagits fram och utgjort underlag för kommitténs bedömningar kan anses vara en garanti för detta.

När det gäller politisk legitimitet är det av betydelse att det finns en god och bred uppslutning kring målen i sig, även om uppfattningarna om hur de skall förverkligas kan skilja sig åt mellan politiska grupperingar. Nationella folkhälsokommitténs parlamentariska bredd med stor enighet borgar för denna politiska förankring. Det torde vara avgörande för de nationella folkhälsomålen legitimitet att de också ges en så

stark formell politisk status som möjligt genom riksdagens ställningstagande. För landstingen och kommunerna ger folkhälsomålen vägledning för att revidera eller ta fram nya hälsopolitiska program.

22.2.2 Styrmedel

De politiska organen på olika samhällsnivåer förfogar över olika styrmedel som kan samspela både sinsemellan och mellan nivåerna för att möjliggöra ett genomförande av folkhälsostrategin.

Ett sätt att dela in instrument för offentlig styrning är följande:

- regelstyrning (lagstiftning, instruktioner m.m. – ”åligganden”)
- kunskaps- och informationsstyrning (tillhandahålla kunskapsunderlag, opinions- och attitydpåverkan)
- ekonomisk styrning (skatter och avgifter o.dyl. men även ekonomiskt stöd för utvecklingsverksamhet m.m.)
- utbildning (ge erforderlig kompetens)
- uppföljning och utvärdering (”det som skall följas upp blir också utfört”)
- mekanismer för samordning och stöd

För att genomföra den nationella folkhälsostrategin krävs generellt dels en uthållighet, dels ett samspel mellan dessa styrinstrument så att effekterna blir optimala. Något entydigt facit för vilken ”mix” av styrinstrument som ger de optimala effekterna av en sektorsövergripande folkhälsostrategi existerar dessvärre inte. Några exempel finns från bl.a. de alkohol- och trafikpolitiska områdena. I det svenska offentliga samhällssystemet med självständiga huvudmän regionalt och lokalt tillsammans med andra aktörer som frivilligorganisationer och privata företag, kommer ”mixen” att se olika ut. Den blir beroende av utgångsläge, faktiska möjligheter att styra och låta sig styras, egna prioriteringar, politiska värderingar och realiteter etc.

22.3 En skiss till genomförande av den nationella folkhälsostrategin

Med utgångspunkt från de olika styrinstrument som redovisats ovan, följer nedan några möjliga tillämpningar.

22.3.1 Statlig regelstyrning

Om sektorsansvaret för folkhälsomålen blir den ledande principen för att genomföra folkhälsomålen på statlig nivå, föreligger bl.a. följande möjligheter som tänkbara åtgärder och alternativ:

Lagstiftning

Lagstiftningsinstrumentet kan användas på olika sätt på folkhälsoområdet. I Nationella folkhälsokommitténs första delbetänkande "Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43) redovisas i bilaga 2 "Lagstiftningar med nära anknytning till folkhälsoområdet". Lagstiftningen kan ha olika inriktning som exempelvis att

- reglera det allmännas åtaganden och skyldigheter (t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen)
- skydda individer och grupper mot vissa hälsorisker (t.ex. arbetsmiljölagen, smittskyddslagen, tobakslagen)
- skapa gynnsamma förutsättningar för samhällsutveckling och hållbar livsmiljö inklusive hälsa m.m. (plan- och bygglagen)
- förelägga medborgare vissa beteenden i riskabla sammanhang (t.ex. "bilbälteslag", "promillegräns" i trafiken)

Anledning att knyta förslag om lagstiftning till den nationella folkhälsostrategin skulle kunna vara att

- generellt befästa ställningen för insatser som gäller folkhälsa
- tydliggöra behov av utökad skyddslagstiftning
- stärka hälsofrågorna i samhällsplaneringsprocessen

Befästa ställningen för insatser som gäller folkhälsa

Ett viktigt syfte med lagstiftning i detta sammanhang är att stärka legitimiteten för folkhälsoarbete genom att det synliggörs i lagstiftningen. Det kan ske genom en helt ny och generell lagstiftning, kompletteringar i befintlig lagstiftning eller genom en kombination av detta. Några tänkbara alternativ är:

a. *En särskild "folkhälsolag"*. En sådan lagstiftning kan antingen utformas som en mer generell lagstiftning, eller i likhet med den danska lagstiftningen fokusera på samordning mellan landsting och kommuner för gemensamma analyser, behovsplanering och genomförande. I den danska lagstiftningen har ett "initieringsansvar" lagts på amterna (motsvarande landstingen). En sådan uppdelning framstår som tveksam i ett svenskt perspektiv, inte minst mot bakgrund av det kraftigt ökade kommunala engagemanget för folkhälsofrågor under 1990-talet.

Ett förfaringssätt med mer allmänt lagstadgade åligganden skulle framför allt kunna ta sikte på att säkerställa det praktiska genomförandet av folkhälsostrategin. Det medför med kommitténs ansats att lagstiftningen skulle rikta sig till många aktörer (sektorsansvaret), men i stor utsträckning till huvudmännen (landsting och kommuner). En sådan lagstiftning bör följas av någon form av tillsyn – antingen samlat genom en särskild "folkhälсотillsynsmyndighet" eller genom att tillsynen myndighetsvis följer sektorsansvaret.

Ett alternativ till en allmän folkhälsolagstiftning är att begränsa den till att gälla kommuner och landsting. Det skulle kunna innebära att ett hälsoplansansvar åläggs kommuner och landsting. I en sådan lag kan man också föra in behovet av samordning mellan olika aktörer på det lokala planet. Det skulle innebära en variant av den danska lagstiftningen.

På lokal nivå har kommunernas verksamheter – miljö- och hälso-skydd, planering och byggande, trafik, kultur och fritid, undervisning, socialtjänst och hälso- och sjukvård stor betydelse för folkhälsan. Det är viktigt att folkhälsoaspekterna av kommunernas verksamheter lyfts fram och att folkhälsoarbetet fortsätter att utvecklas såväl i varje enskild kommun som i samarbete med landstingen, statliga organ, näringsliv och frivilliga organisationer. Hälsofrågorna behöver tydliggöras i all kommunal verksamhet och i kommunernas strategiska utveckling, t.ex. genom hälsokonsekvensbedömningar och lokala välfärdsbokslut. Vidare bör Agenda 21-arbetet gå hand i hand med arbetet för en hälsoinriktad kommunalpolitik. En inriktning för det fortsatta

arbetet bör vara att uppnå ett tydligt politiskt ansvar för folkhälsoarbetet och en ökad professionell kompetens.

På motsvarande sätt är det viktigt att företrädare för landstingen och regionerna utvecklar hälso- och sjukvårdens ansvar och uppgifter inom ramen för en samlad folkhälsopolitik. Som för kommunerna är det angeläget med ett tydligt politiskt och administrativt ansvar för folkhälsofrågorna.

Ett lagstiftat hälsoplansansvar skulle kunna bidra till att tydliggöra kommunernas och landstingens folkhälsoansvar.

b. *Förstärkt folkhälsoperspektiv i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL).* Det finns dock anledning att även se över andra lagar ur detta perspektiv. En möjlighet till ett förstärkt folkhälsoperspektiv i HSL och SoL skulle kunna utformas på följande sätt:

Ett syfte i sig är att en etablerad och samtidigt så modern terminologi som möjligt används i lagstiftningen. Det kan därför finnas skäl för att ta in begreppet folkhälsa i HSL och SoL. Utöver den gällande formuleringen att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa kan också läggas till en skyldighet att medverka i folkhälsoarbetet.

Förutom det individinriktade uppdrag som nu omnämns i HSL (att den som vänder sig till hälso- och sjukvården när det är lämpligt skall ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada), kan det vara konsekvent och rimligt att hälso- och sjukvården också skall systematisera sina kunskaper om skador, ohälsa och sjukdom och dess fördelning i befolkningen. Detta skulle i ett tillägg till HSL kunna formuleras som ett åliggande att direkt återföra dem till de aktörer som kan eliminera de bakomliggande och utlösande faktorerna.

Eftersom hälso- och sjukvården volymmässigt numera är lika stor i kommuner och landsting, kan det också vara möjligt att efter dansk förebild (se ovan) föra in en ny paragraf i HSL om krav på samråd och samplanering mellan kommuner och landsting. För att markera bägge parter lika ställning är det sannolikt mindre lämpligt att markera en särställning för någondera parten.

Ett slutbetänkande med förslag till omarbetad socialtjänstlag har överlämnats från Socialtjänstutredningen (SOU 1999:46). Med utgångspunkt från det förslaget skulle vissa tillägg om att förstärka folkhälsoperspektivet och att socialtjänsten bör ha en roll i att främja en god hälsa kunna göras.

Behov av utökad skyddslagstiftning.

Mest aktuellt i detta sammanhang är att förstärka tobakslagen och utvidga kravet på rökfria miljöer till restauranger, främst för att skydda de anställdas hälsa. En förändring av tobakslagen så att det krävs licensiering för att sälja tobak är också motiverat från skyddssynpunkt, eftersom 18-årsgränsen inte efterlevs idag. Denna fråga behandlas i särskild ordning av kommittén.

Stärka hälsofrågorna i samhällsplaneringsprocessen – hälsokonsekvensbedömningar

Begreppet samhällsplaneringsprocessen har i detta sammanhang en vid innebörd och syftar främst på att säkerställa att beslutsprocesser som rör hälsans bestämningsfaktorer också omfattar en bedömning av konsekvenserna för folkhälsan. Under 1990-talet har tanken väckts att analogt med miljökonsekvensbeskrivningar (MKB) också göra hälsokonsekvensbedömningar (HKB). MKB finns bl.a. reglerat i plan- och bygglagen. Ett första steg med anknytning till befintlig lagstiftning är att stärka krav och praxis på att den hälsokomponent som redan ingår i MKB faktiskt redovisas på ett tillfredsställande sätt. Det bör också ske på ett sätt som är enkelt att förstå. Exempelvis är det för de allra flesta inte tillräckligt att bara ange en decibelgräns för nattrafiken på en genomfartsled. Om det dessutom görs en beräkning av hur många personer som kommer att störas i sin nattsömn, blir frågan mer gripbar. Internationellt och i Sverige pågår ett utvecklingsarbete kring HKB. Det har dock inte nått så långt att det är möjligt att i dagsläget formulera i lagstiftning.

Översyn av sektorslagstiftning av betydelse för folkhälsan

Det finns en rad lagar inom andra sektorer i vilka det finns anledning att se över behoven och möjligheterna att stärka folkhälsoperspektivet. I första hand är det aktuellt att se över lagstiftning som kan kopplas till respektive mål och därtill hörande sektorsansvar.

Skolans roll för att t.ex. främja barns psykiska och fysiska hälsa är betydande. Idag finns dock ingenting allmänt skrivet om hälsa i skollagen, förutom det som direkt rör skolhälsovårdens ansvar. Skollagen bör därför ses över i detta avseende.

Instruktionsgivning o. dyl.

Instruktionsgivningen avser i detta sammanhang hur riksdag och regering skall styra de statliga myndigheterna för att genomföra den nationella folkhälsostrategin. I Verksförordningen (1995:1322) ingår redan en princip om myndigheternas grundläggande miljöansvar. På motsvarande sätt kan ett övergripande folkhälsoansvar formuleras.

a. Regeringen kan i instruktionen fastslå berörda myndigheters ansvar för att inom sina respektive ansvarsområden påverka faktorer som är avgörande för folkhälsoutvecklingen. Organisationskommittén för ombildningen av Folkhälsoinstitutet har gett ett förslag till en sådan instruktion (SOU 2000:57).

b. Regeringen kan i de årliga regleringsbrev precisera aktuella prioriteringar och ställa eventuella återrapporteringskrav på berörda myndigheter. Folkhälsoinstitutet kan ges en särskild roll för stöd och att underlätta samverkan mellan myndigheterna. Även detta har utvecklats av Organisationskommittén för ombildningen av Folkhälsoinstitutet i ett förslag till regleringsbrev.

22.3.2 Kunskaps- och informationsstyrning

1. *Kunskapsstyrning* baseras på forskning, i första hand beträffande de bestämningsfaktorer för folkhälsan som de nationella folkhälsomålen omfattar. Detta har ur ett FoU-perspektiv redovisats i en särskild underlagsrapport till kommittén. Eftersom utvecklingen på det folkhälsovetenskapliga området accelererat under den senaste 10-årsperioden, är det viktigt att relativt snabbt återkomma med uppdaterade kunskapsöversikter och komplettering med helt ny kunskap. Ett område som särskilt måste uppmärksammas är implementeringsforskning, dvs. säkerställda kunskaper om vilka metoder och arbetssätt som är effektiva för att genomföra folkhälsomålen i praktiken. Ett särskilt ansvar för att bidra med underlag till kunskapsstyrningen bör åvila det utbildade Folkhälsoinstitutet och de forskningsinstanser som har ansvar och bedriver folkhälsoforskning. Kunskaps- och forskningsbehov redovisas närmare i kapitel 26.

2. *Informationsstyrning* är aktuell på områden där staten anser sig ha anledning att påverka opinionen på folkhälsoområdet i en viss riktning. Det är okontroversiellt på områden som gäller grundläggande mänskliga rättigheter, t.ex. alla människors lika värde som grund för integra-

tionssträvanden. Det är också relativt okontroversiellt ifråga om attityder till t.ex. droger som är förbjudna i lag.

Däremot är det svårare att från statens sida påverka attityder till olika levnadsvanor, där individer eller grupper av befolkningen kan ha helt skilda värderingar. Det kan t.ex. gälla synen på sexualitet. I andra frågor, t.ex. att maten bör vara mindre fet och mer rik på fibrer, som visserligen är vetenskapligt korrekt, så kan det uppfattas som att staten utfärdar påbud mot enskilda individers personliga livsstil.

22.3.3 Ekonomisk styrning

I anslutning till att de nationella målen skall omsättas i praktiken skulle staten kunna träffa en särskild uppgörelse med huvudmännen, i syfte att bygga upp strukturer kring hur de olika målen kan brytas ned och anpassas regionalt och lokalt och också ställa resurser till förfogande för detta. Detta kan ske oavsett om det sker lagförändringar eller inte. Därvid kan också diskuteras det lämpligaste sättet för åiterrapportering för att möjliggöra en så bra uppföljning som möjligt. Samtidigt bör en lämplig form för kontinuerlig dialog mellan staten och huvudmännen byggas upp, så att insatser från nationella myndigheter ger det samlade stöd som bäst gagnar det regionala och lokala folkhälsoarbetet.

En särskild finansieringskälla för folkhälsoinsatser riktade till barn och ungdomar är Allmänna arvsfonden, förutsatt att verksamheterna huvudsakligen bedrivs av andra än statliga myndigheter.

På flera av de områden som de föreslagna folkhälsomålen omfattar bör försöksverksamheter genomföras kring metoderna för att ge underlag till säkerställd ('evidence based') kunskap.

De viktigaste konkreta insatserna för folkhälsan kan göras lokalt och regionalt. Vad avser praktiskt genomförande och ekonomiska prioriteringar har det lokala och regionala folkhälsoarbetet inte hållit samma takt som framväxten av folkhälsoprogram. Här finns olika möjligheter att stimulera utvecklingen. En är att åter använda de s.k. Dagmarpengarna som incitament för huvudmännens folkhälsoarbete. En annan är att i samband med de aktuella översynerna av dels sjukförsäkringen, dels rehabiliteringsverksamheten för långtidssjukskrivna, säkerställa och bygga in hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande moment.

22.3.4 Utbildning

Frågan om utbildning i folkhälsovetenskap – både särskild folkhälsovetenskaplig utbildning och kurser inom ramen för andra yrkesutbildningar – behandlas i kapitel 27. För att få genomslag beträffande den nationella folkhälsostrategin, torde insatser för kompetensutveckling bland redan yrkesverksamma spela en direkt avgörande roll. Här kan finnas skäl att göra en omfattande utbildningssatsning under en tre-femårsperiod. Detta skulle kunna bli ett av områdena för en ekonomisk satsning.

22.3.5 Uppföljning och utvärdering

Mot bakgrund av den allmänna vetskapen om ”att det som skall följas upp också blir gjort” tas här några aspekter på uppföljning och utvärdering upp:

Uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen kan förslagsvis redovisas till regeringen i form av två rapporter; en Folkhälsopolitisk rapport respektive den redan etablerade Folkhälsorapporten. Detta kan göras i samarbete mellan Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen.

- Utöver den redan existerande Folkhälsorapporten föreslår Organisationskommittén för ombildningen av Folkhälsoinstitutet att en av institutets uppgifter bör vara att ta fram en sådan folkhälsopolitisk rapport tillsammans med Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum. Den Folkhälsopolitiska rapporten skall framför allt redovisa, analysera och värdera de insatser som görs och bedöma hur de bidrar till att förverkliga folkhälsomålen.
- Regeringen kan återkommande lämna en skrivelse till riksdagen om den folkhälsopolitiska utvecklingen. Riksdagen kan å sin sida begära av regeringen att med en viss regelbundenhet få behandla den folkhälsopolitiska utvecklingen i Sverige och dess relation till EU och till andra jämförbara länder m.m.
- Förutsättningarna för uppföljning och utvärdering skiljer sig principiellt åt mellan statliga och andra aktörer och måste lösas på sina ”egna villkor”. Eftersom det är en nationell – och inte statlig – folkhälsostrategi, omfattar uppföljning och utvärdering i princip alla aktörer (offentliga, privata och frivilliga) som bedriver verksamhet som påverkar de bestämningsfaktorer som målen gäller. Det gäller i princip

oavsett om verksamheten sker med uttalat syfte att bidra till att målen förverkligas eller ej, ja till och med om verksamheten motverkar folkhälsomålen.

Möjligheterna till statligt beslutad uppföljning skiljer sig dock avsevärt åt beroende på vilken aktör det gäller. Det finns därför anledning att skilja på formerna för utvärdering av statens egna insatser och andra aktörers. För statliga myndigheter kan som redan nämnts detta styras genom förslagsvis instruktion och regleringsbrev. För huvudmännen, privata aktörer och frivilliga organisationer gäller det främst att utveckla gemensamma överenskommelser om uppföljning. I den mån staten bidragit ekonomiskt för att bedriva och genomföra olika insatser är det mest naturligt att uppföljningen regleras redan i överenskommelsen (se ovan). En generellt väsentlig utgångspunkt är att uppföljningen bör vara ”nyttig”, dvs. relevant och ha ett egenvärde för alla inblandade parter.

- En grundläggande förutsättning för uppföljning är väl fungerande indikatorer. De bör i så hög grad som möjligt utgå från respektive sektors egen ”verklighetsuppfattning”, både för att vara ”familjära” och för att accepteras som relevanta. Kommitténs förslag till indikatorer behöver vidareutvecklas i viss omfattning, dels så att de kan ge en mer aktuell bild av utvecklingen, dels att de har hög relevans för att kunna återspegla – och helst värdera – olika typer av insatser. Detta är ett utvecklingsarbete som bör fortsätta med berörda myndigheter och inblandade intressenter. Detta bör bli en av det ombildade Folkhälsoinstitutets uppgifter. Frågan om indikatorer behandlas ytterligare i kapitlen 23 och 24.

- Information om arbetet med inriktning på målen kan samlas i en gemensam databas. Resultaten av utvecklingen bör löpande samlas i någon form av databas, som är strukturerad i enlighet med folkhälsomålen (ett sådant system finns i en utvecklingsversion, framtagen av Hans Rosling och medarbetare vid KI). Inom ramen för Spriline-systemet byggdes en databas för folkhälsoprojekt upp. Den innehöll ca 1500 olika folkhälsoprojekt, då Sprilades ner. Delar av Spris bibliotek har förts över till Karolinska institutets bibliotek (KIB) genom en överenskommelse med staten – dock inte Spriline projekt. Initiativ har tagits gemensamt mellan KIB, Landstings- och Kommunförbunden, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet att med sin ”sökorteknik” vidareutveckla den folkhälsoprojekt-databas som fanns i Spriline. Även om det primära syftet med denna databas är att sprida kunskap och erfarenheter, är utgångspunkten att det finns ett egenintresse hos huvudmännen att följa upp sina egna folkhälsoinsatser. Det borde finnas goda

möjligheter att använda de nationella folkhälsomålen som en indelnings- och beskrivningsgrund också för landstingens och kommunernas insatser på folkhälsoområdet. Därigenom skulle denna databas kunna användas också för uppföljningsändamål.

22.3.6 Mekanismer för stöd och samordning i vissa fall

Frågan om samordning för att genomföra den nationella folkhälsostrategin innehåller vissa komplikationer i formell bemärkelse. Det rör dels förhållanden mellan statliga myndigheter, dels mellan staten och huvudmännen.

Alla statliga myndigheter befinner sig på samma nivå i förhållande till regeringskansliet. Ingen statlig myndighet kan därför "samordna" andra myndigheter – åtminstone inte när det gäller deras ordinarie uppdrag. En bevekelsegrund för den nationella folkhälsostrategin är bl.a. att förstärka myndigheternas ordinarie insatser på de områden som har särskild betydelse för folkhälsan. Möjligheterna till en förstärkning och formell samordning av uppdragen ligger i att detta hanteras inom regeringskansliet. Det finns ett beslut sedan mitten på 1990-talet om att inrätta en statsrådsgrupp för folkhälsofrågor, som dock inte har genomförts. En sådan samordningsgrupp skulle kunna aktualiseras på nytt. En annan möjlighet som kan övervägas är att inrätta en statssekreterargrupp för samordning.

Med den sektorsövergripande ansats som kommittén redovisar finns det stora likheter med miljöfrågornas 'horisontella natur'. Det går således att föra fram en rad sakliga argument för att utse en minister med samlat ansvar för folkhälsofrågorna.

Mellan de statliga myndigheterna behövs ett väl fungerande samarbete. Här kan den redan etablerade generaldirektörsguppen för folkhälsofrågor utgöra en grund för att vidareutveckla samarbetet på ledningsnivå och för fördjupade strategidiskussioner. Ett stort antal myndigheter har idag direkta eller indirekta beröringspunkter med folkhälsofrågorna. Folkhälsomålen huvudsakliga inriktning på bestämningsfaktorer för folkhälsan, ger förutsättningar för ett tydligt sektorsansvar när det gäller myndigheternas arbete. Utvecklingen av sektorsansvaret för ske genom en successiv process.

Organisationskommittén för ombildning av Folkhälsoinstitutet föreslår att en sorts motsvarighet till generaldirektörsguppen inrättas mellan institutet och företrädare från kommuner och landsting. En sådan grupp, förutsatt att den består av ledande företrädare för kommuner och landsting, skulle kunna få en strategiskt viktig roll när det

gäller att få genomslag för den nationella folkhälsostrategin i landsting och kommuner.

I bägge fallen får det ombildade Folkhälsoinstitutet såväl rollen att bidra med kunskaps- och strategistöd som att följa upp och värdera den verksamhet som bedrivs.

Folkhälsoinstitutet och andra statliga myndigheter med hälso-politiska uppgifter behöver regionala samarbetspartners som kan förmedla kunskap om lokala förhållanden och behov samt vara en länk för förmedling av metodstöd m.m. till den lokala nivån. På motsvarande sätt behöver kommunerna och lokala organisationer regionala samarbetspartners och expertstöd i epidemiologiska och hälsoekonomiska frågor m.m. Detta talar för en regional samordning av samhällsmedicinska funktioner i sjukvårdshuvudmännens regi, som med fördel bör anknytas till regionala utvecklingscentra med forskningsanknytning (se kapitel 26 och kapitel 27).

En fråga där viss oklarhet råder gäller stöd och dess utformning till frivilliga organisationer. Å ena sidan är det viktigt att vidmakthålla föreningslivets integritet genom att inte från det offentliga styra verksamheten i en bestämd riktning. Den idéburna verksamhet som bedrivs av frivilliga organisationer har ett värde i sig och är en bas för det sociala kittet i samhället. Å andra sidan kan det i några sammanhang vara ett effektivt sätt att träffa överenskommelser med frivilliga organisationer som "entreprenörer" för riktade folkhälsoinsatser. Det är viktigt att dessa två synsätt inte ställs mot varandra. Tendensen har alltmer gått mot en minskning av generella organisationsbidrag och en ökad användning av frivilliga organisationer som "entreprenörer" genom olika former av projektstöd. På sikt kan en sådan utveckling leda till en urholkning av det fria föreningslivet och att dess sociala betydelse försvinner. I genomförandet av den nationella folkhälsostrategin är det viktigt att denna balans beaktas i det framtida samarbetet mellan offentliga institutioner och det fria föreningslivet.

22.4 Bedömning

En effektiv och ändamålsenlig styrning och samordning av den nationella folkhälsostrategin är helt avgörande för att den skall få genomslag i praktiken. I kapitlet redovisas ett antal styrmedel som kan kombineras på olika sätt beroende på vilka formella och reella styrmöjligheter och incitament som råder mellan olika aktörer i samhället.

Den grundläggande förutsättningen för genomslag av strategin är dess legitimitet politiskt och vetenskapligt.

För att stärka den legala basen för folkhälsoarbetet bör en särskild folkhälsolag aktualiseras med inriktning på kommunernas och landstingens verksamhet. En skärpning bör vidare ske av bestämmelserna om rökning på restauranger och andra serveringslokaler så att dessa miljöer blir rökfria. Behovet av samverkan bör betonas i folkhälsolagen. Det är angeläget att kommuner och landsting finner former att rapportera om sin verksamhet.

Riksdag och regering bör i sin styrning av myndigheterna anpassa verksstadgan, instruktioner och regleringsbrev till myndigheterna till det sektorsansvar som kommittén föreslår. Myndigheterna bör följa upp sin verksamhet. Folkhälsoinstitutet bör ha ett särskilt ansvar för uppföljning, stöd och samordning i vissa fall.

Behovet av mer omfattande och starkare vetenskapligt underbyggd kunskapsstyrning, genom intensifierade FoU-satsningar på folkhälsovetenskap är angeläget.

Det finns vissa oklarheter angående informationsstyrningen både vad avser hur statens ansvar skall formuleras och av vilka det skall utföras. Klarhet bör skapas med avseende på detta.

Bland möjliga ekonomiska styrmedel kan nämnas dels att inom ramen för kommande DAGMAR-uppgörelser säkerställa resurser för folkhälsoarbete, dels att inom ramen för socialförsäkringssystemet ge större möjligheter till förebyggande insatser inom sjukförsäkring, rehabilitering och arbetsskador.

Utbildning i folkhälsokunskap/vetenskap riktad framför allt till dem som redan befinner sig i verksamheter som direkt kan kopplas till hälsans bestämningsfaktorer blir avgörande för att få genomslag för folkhälsostrategin över sektorsgränser, regionalt och lokalt.

En formaliserad uppföljning och utvärdering av folkhälsomålen är helt avgörande för att markera den politiska tyngd som är avsedd. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet föreslår att detta skall ske genom en regelbundet återkommande Folkhälsopolitisk rapport, utöver den nationella Folkhälsorapport som introducerades 1987.

Behovet av stöd och samordning av insatser kopplade till folkhälsomålen är uppenbart. Samordningen inom regeringen bör ske på minister- eller statssekreterarnivå. Med den sektorsövergripande ansats som kommittén redovisar finns det stora likheter med miljöfrågornas 'horisontella natur'. Det finns mot den bakgrunden sakliga argument för att utse en minister med samlat ansvar för folkhälsofrågorna. Vid sidan av den etablerade Generaldirektörgruppen för folkhälsofrågor, behövs motsvarande mekanismer för i första hand landsting och kommuner. Detta förutsätter ett deltagande på högsta nivå av både politiker och tjänstemän.

**DEL 5 – METODER OCH
UTVECKLINGSBEHOV I
FOLKHÄLSOARBETET**

23 Att mäta folkhälsans bestämningsfaktorer, konsekvenser och fördelning¹

23.1 Att mäta ohälsans bestämningsfaktorer

Nationella folkhälsokommittén formulerar i huvudsak de nationella *folkhälsomålen* i termer av ohälsans bestämningsfaktorer, dvs. sådana exponeringar i människors levnadsvillkor, miljö och levnadsvanor som påverkar omfattningen, fördelningen och konsekvenserna av sjukdom och skador.

En bestämningsfaktor är en orsak till sjukdom eller skada som antingen ökar eller minskar risken för individen att bli sjuk jämfört med den individ som inte är exponerad för orsaken ifråga. Varje fall av sjukdom, skada eller annan ohälsa har många orsaker som samverkar. Det är aldrig så att alla som är exponerade för en viss orsak, som exempelvis tobaksrök, blir sjuka. Det krävs alltid något annat också. Det kan vara faktorer i arvsmassan, uppväxtmiljön, exponeringar senare i livet och just innan insjuknandet olika utlösande faktorer som samverkar för att det enskilda sjukdomsfallet skall uppstå. (se vidare SOU 2000:91 avsnitt 3.1 och SOU 1999:137 avsnitt 2.4).

Målen 1–14 avser i många fall breda exponeringsområden. Inom dessa anges *delmål* som fokuserar på mera specifika exponeringsförhållanden (se SOU 2000:91, avsnitt 6.2). Fördelningsaspekten är preciserad i termer av målgrupper. För varje delmål lämnas förslag till ett antal mätbara *indikatorer* och källor för dessa (se SOU 2000:91 Bilaga 2). Det betonas att Folkhälsoinstitutet bör bedriva ett fortsatt utvecklingsarbete med avseende på de indikatorer som anges för de uppställda delmålen. Indikatorerna bör preciseras när det gäller vilka nivåer på dessa som bör uppnås vid olika tidpunkter. Vidare bör eventuellt nya indikatorer tas fram.

Enskilda indikatorer är i många fall inte några direkta mätare på specifika sjukdomsorsaker utan är valda därför att de tillsammans ska-

¹ Kapitlet är skrivet av professor Finn Diderichsen, Karolinska institutet.

par en bild som avspeglar den aktuella exponeringen. Som exempel finns det inom mål nr 5 om 'God arbetsmiljö' ett delmål om ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet. För detta delmål finns det indikatorer tillgängliga i SCB:s arbetsmiljöundersökningar där ett flertal frågor tillsammans kan bilda en indikator över bl.a. inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet.²

Syftet med indikatorerna är att de kan användas för att svara på frågor om hur exponeringen är fördelad i befolkningen bl.a. med avseende på de preciserade målgrupperna. Framför allt är syftet att klargöra om exponeringen ökar eller minskar och därmed om man närmar sig delmålet eller inte. Indikatorerna är i huvudsak valda med hänsyn till vad som idag är tillgängligt med offentlig statistik och nedbrytbart på målgrupper. Det innebär att indikatorerna ofta inte mäter exponeringen i respektive delmål exakt. Därmed uppstår frågan om den 'felklassificering' som finns förändras över tid eller är olika för de olika målgrupperna. I vissa fall t.ex. när det gäller exponering för tobak och alkohol är dessa frågor väl studerade men för många andra finns det en betydande osäkerhet. Här finns således behov av ett fortsatt utvecklingsarbete i samarbete mellan Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, forskargrupper och olika sektorsmyndigheter.

Effekten på sjukligheten av förändrade exponeringsförhållanden är beroende av vilka andra exponeringar som den aktuella befolkningen utsätts för och hur "sårbar" den därmed är. Från jämlikhetssynpunkt är den starka tendensen till anhopning av många riskfaktorer hos samma individer därför viktig att följa i befolkningen.

Traditionellt har epidemiologisk bevakning handlat om att följa förekomsten av sjukdom och skador i befolkningen. Det är ingen tillräckligt känslig metod att för att ge underlag för värdering av folkhälsoarbetets och hälsopolitikens effekter, dvs. hur olika förebyggande åtgärder påverkar sjukligheten. Det beror dels på att det finns lång latenstid mellan många exponeringar och deras effekter, dels på att effekten är beroende av förekomsten av andra exponeringar som nämnts ovan. För att följa effekterna av de förebyggande åtgärderna är det därför mera adekvat att bevaka utvecklingen av de exponeringar som vi vet är bidragande orsaker till olika hälsoproblem i befolkningen, varav vissa är så viktiga för folkhälsan att de har prioriterats i termer av mål.

Många av de indikatorer som preciseras av kommittén lyfts också fram i det arbete med välfärdsbokslut och hälsokonsekvensbeskrivningar som har gjorts av Landstings- och Kommunförbunden (se kapitel 24). Där har ett viktigt kriterium varit att informationen kan

² Arbete och Hälsa 2000:11. Arbetstlivsinstitutet 2000.

brytas ned på lokal geografisk nivå så att man kan följa utvecklingen på kommun- och kommundelsnivå. Många av de indikatorer som är gemensamma är därför viktiga, därför att de anger viktiga aspekter av välfärdsutvecklingen, men också därför att de är viktiga indikatorer på förekomsten av olika orsaker till sjukdom och skador. Det är en central uppgift för det fortsatta arbetet med hälsokonsekvensbedömningar att utveckla metoder för hur man kan uppskatta den förväntade effekten av de förebyggande åtgärderna på bestämningsfaktorerna och i andra ledet hur man kan kvantifiera hälsoeffekten av de förändrade exponeringsförhållandena på folkhälsan (se vidare SOU 1998:43 kapitel 8).

Skall man värdera effekterna på folkhälsan av förebyggande åtgärder ställs man inför det problemet att en given åtgärd ofta påverkar flera bestämningsfaktorer som i sin tur var och en påverkar flera olika sjukdomar och skador. Det medför behov av att kunna addera olika typer av hälsoeffekter till varandra och kräver i sin tur att förekomsten av olika sjukdomar och skador kan mätas i en och samma "valuta". Det ställer krav på de mått som används för att mäta ohälsan och dess konsekvenser.

23.2 Att mäta ohälsan och dess konsekvenser

Det framhålls i de etiska utgångspunkterna för prioritering av mål och åtgärder att människors frihet att forma sina liv på det sätt som de vill är den avgörande välfärdsdimensionen (SOU 2000:91 kapitel 4). Därmed blir ett undanröjande av de hinder som sjuklighet och dödlighet skapar för denna frihet hälsopolitikens främsta syfte. Det avgörande kriteriet på att denna politik lyckas är en minskning av ohälsans konsekvenser i termer av för tidig död och handikapp (i betydelsen sociala konsekvenser av sjukdom som ett samspel mellan miljö och funktionsförmåga).

Vill man mäta folkhälsans utveckling över tid är bilden splittrad: dödligheten minskar i flertalet dödsorsaker och alla grupper i befolkningen medan sjukligheten ökar i vissa grupper och i vissa sjukdomar och symtom. Konsekvenserna av sjukdom förändras bl.a. i takt med kraven i arbetslivet och kostnaderna som individen får bära för sin och andras sjukdom. Sjukfrånvaron har exempelvis ökat kraftigt i perioder, som under slutet av 1980-talet och slutet av 1990-talet, av skäl som i hög grad har med förändringar på arbetsmarknaden att göra. Bilden är också splittrad om man vill mäta folkhälsans fördelning. Män lever kortare liv än kvinnor – en skillnad som minskar, medan kvinnor har högre sjuklighet – en skillnad som ökar. Sociala skillnader i hälsa är ofta större om man mäter allvarliga konsekvenser av sjukdom än om

man mäter risken att bli sjuk eller att vara exponerad för viktiga sjukdomsorsaker (se SOU 2000:91, kapitel 2).

För den ekonomiska politiken har det ansetts ändamålsenligt att utveckla ett samlat mått på den ekonomiska aktiviteten – bruttonationalprodukten. Man kan fråga sig om det på samma sätt är ändamålsenligt med ett samlat mått på folkhälsans utveckling. Är det egentligen ett problem för de politiska besluten att bilden av folkhälsan är splittrad? Politikens grundläggande syfte är ändå att väga olika gruppers intressen mot varandra i många andra avseenden. Det kan dock göra politiken mera transparent om denna typ av avvägningar sker med tydliggjorda värderingsmässiga kriterier som grund. Fastställer man sådana kriterier blir det också lättare att ”förädla” all den tillgängliga epidemiologiska informationen till en mera samlad bild som kan underlätta prioriteringsbeslut m.m. Beroende på hur man ställer sig till de valda etiska kriterierna blir det då tydligt vad som görs, och man kan se vilka resultat man får om man väljer andra kriterier. Syftet med ett sammanvägt mått blir då inte att ”dölja etiken i fakta” utan tvärtom att lyfta fram de valda värdegrunderna så att alla kan ta ställning till dessa.

Det bör vara ett mått som utan allt för stor tidsfördröjning kan indikera en förändring över tid och fördelningen mellan grupper. Tolkningen av orsaker till folkhälsans utveckling och fördelning samt precisering av vilka åtgärder som behövs för att påverka utvecklingen kräver att måttet kan brytas ner för undergrupper i befolkningen, i diagnostiska termer, och i termer av orsaker till och konsekvenser av ohälsa.

Det kan diskuteras om mått på folkhälsan skall mäta sjukdom och ohälsa eller hälsa i positiv bemärkelse. Detta ställningstagande beror delvis på om man ser hälsa som ett mål i sig (som uttryck för välbefinnande, handlingsförmåga etc.) eller som ett medel för att öka människors frihet. Att mäta hälsan i positiv bemärkelse kan ha intuitiva fördelar – att mäta det eftersträvansvärda förefaller mera relevant, medan det senare alternativet har den fördelen att det lättare kan brytas ner på orsaker i termer av diagnoser och exponeringar och därmed blir mera åtgärdsrelevant. Hälsan kan inte indelas i diagnoser. En komplikation med att mäta ohälsan, dvs. de förhållanden som begränsar individens frihet, är att man måste uppställa normer för det ”optimala”. skall man veta vad som går förlorat måste man veta hur det skulle kunna vara, utan sådana förluster, i termer av livslängd etc. Det betyder att man exempelvis måste bestämma hur många år en individ skulle ha levt om inte dödsfallet hade inträffat och gradera hur långt ett givet sjukdomstillstånd befinner sig från ett ”friskt” tillstånd, dvs. ett hälsotillstånd som inte innebär någon begränsning för individen.

De första försöken att utveckla integrerade mått på folkhälsan växte fram ur en demografisk tradition. Man ville komplettera dödlighets-

måttet medellivslängd och pröva hypotesen att andelen individer som överlever med kvarstående hälsoproblem ökar med växande medellivslängd. Hypotesen innebar således att det kanske inte var friska år vi lade till livet, utan sjuka. Man introducerade en metod där livslängdstabellerna för beräkning av medellivslängd kompletteras med uppgifter om andelen med god funktionsförmåga och självskattad hälsa enligt intervjustudier och fick därmed fram uppskattningar av medellivslängd med full hälsa (disability free life expectancy).^{3,4} Detta arbete har fått visst inflytande på arbetet inom såväl EU som OECD och måttet finns framräknat för 49 länder.⁵

Ett mått av detta slag har tagits fram av SCB i Sverige och publicerats i Socialstyrelsens Folkhälsorapporter som ett Hälsoindex. Här klassificeras befolkningen i fyra sjuklighetsgrupper baserade på svaren i SCB:s Undersökning av levnadsförhållanden (ULF) genom kombinationer av hur de svarat på frågorna om självskattad hälsa, långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. De olika kombinationerna har getts vikter mellan 0 (död) och 1 (full hälsa). Trots sin enkelhet har detta gett intressanta resultat bl.a. genom att illustrera olikheter i hälsoutvecklingen för män och kvinnor ur olika samhällsklasser. Det har hittills varit begränsat till åldersgruppen 16–84 år och har inte redovisats på sjukdomar och bestämningsfaktorer. Internationella jämförelser har så här långt visat att den ursprungliga hypotesen var felaktig: med stigande medellivslängd sjunker andelen år som förloras i dålig hälsa. Beräkningar för alla världens länder har nyligen gjorts med användning av ett liknande mått (DALE=Disability Adjusted Life Expectancy) som anger antalet friska levnadsår, dvs. medellivslängden justerad för graden av funktionsnedsättning i olika åldrar och har redovisats av WHO.⁶ Sverige rankas här som nr 4 med 73,0 år efter Japan som är nr 1 med 74,5 år och före USA som är nr 24 med 70,0 år. Uppgifter om funktionsnedsättning är hämtade från olika nationella surveyundersökningar som är behäftade med stor osäkerhet vad gäller internationell jämförbarhet.

³ Sanders BS. Measuring Community Health. *Am J Publ Health* 1964;54:1063-70.

⁴ Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971;86:347-354.

⁵ Robine JM et. al. Health expectancy indicators. *Bulletin World Health Organisation* 1999;77:181-185.

⁶ WHO: World Health Report 2000. Geneva 2000.

En annan typ av mått har växt fram ur hälsoekonomins ambitioner att göra kostnadseffektanalyser av sjukvårdande insatser.⁷ Det är ett mått som väger ihop behandlingseffekter på överlevnad och olika dimensioner av livskvalitet i ett och samma mått – QALY. Skall man jämföra effekten av olika behandlingar ställs man inte sällan inför en situation där ökad överlevnad kombineras med sänkt livskvalitet och behov har därför uppstått att kunna väga olika utfall mot varandra. Man har därför sökt utveckla metoder för att mäta hur patienterna eller urval av befolkningen värderar olika aspekter av sjukdomsrelaterad livskvalitet. Ett stort internationellt utvecklingsarbete har lagts ner på att få fram mätmetoder av hälsorelaterad livskvalitet i fem dimensioner: fysisk rörlighet, att kunna ta hand om sig själv, att kunna genomföra normala dagliga aktiviteter i arbetet och i hemmet och i termer av smärta eller obehag, samt ångest eller nedstämdhet. Patienter själva eller paneler av lekman har fått värdera de olika tillstånden för att därmed gradera livskvaliteten på ett sätt som gör den omräkningsbar i termer ”kvalitetsjusterade levnadsår”. Dvs. att ett år med nedsatt livskvalitet värderas mellan 0 (död) och fullt frisk (1) och därmed kan år som förloras i dödsfall adderas med år som genomlevs med nedsatt livskvalitet. QALY-tekniken har genom åren visat sig mycket användbar vid så kallade kostnadseffektstudier i sjukvården där man behöver ett gemensamt effektmått för att kunna jämföra olika metoder.

En nyare teknik som syftar till att ge underlag för hälsopolitiska beslut mera än värdering av kliniska metoder, som i fallet med QALY:s, har tagits fram av WHO och Världsbanken.⁸ Denna så kallade DALY-teknik är lik de andra metoderna i så måtto att den söker väga ihop dödlighet med sjuklighet och att olika nivåer på funktionsförmåga och livskvalitet ges olika vikter. QALY:s är avsedd att mäta (den positiva) effekten av sjukvård på individen medan DALY:s avser att mäta olika specifika sjukdomars bidrag till förlust i liv och funktionsförmåga (dvs. de negativa aspekterna). Det faktum att detta mått beräknas sjukdom för sjukdom betyder också att man kan tillskriva olika bestämningsfaktorer andelar av sjukdomsördan i befolkningen.⁹

⁷ Williams A. *The Measurement and Valuation of Health: A Chronicle*. Centre for health economics. University of York. Discussion paper 136. 1995.

⁸ Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease*. Cambridge MA, Harvard University Press 1996.

⁹ Murray CL, Salomon JA, Mathers C: *A critical examination of summary measure of population health*. GPE Discussion paper no 2. WHO, Geneva 1999.

Det finns också flera ställningstaganden i denna typ av mått som nogga bör övervägas. En viktig fråga rör vem som skall sätta värde på olika hälsotillstånd och hur det skall gå till. Det har inom hälsoekonomin utvecklats olika metoder för detta (så kallad time-trade-off som används i QALY:s och person-trade-off som används i DALY:s). Utan att gå in på de många tekniska aspekterna av detta torde det stå klart av den pågående diskussionen i den vetenskapliga litteraturen att sista ordet inte är sagt om vilken teknik som här skall användas för olika ändamål. I samband med värdering av de olika hälsotillstånden är det viktigt att överväga om man vill ta hänsyn till de faktiska förhållanden som råder i det samhälle där mätningen skall ske. Beroende på bl.a. handikappanpassning av miljön och de krav som arbetslivet ställer kan konsekvenserna av en given funktionsnedsättning vara ganska olika. Uttryckt på ett annat sätt innebär det en fråga om man skall ta hänsyn till handikappaspekten i bedömningen av sjukdomars konsekvenser för livskvaliteten (se vidare SOU 1998:43, avsnitt 2.2.2).

En annan fråga gäller mot vilken *norm* beräkningar av förlorade år skall ske. Hur många år går förlorade vid ett dödsfall i t.ex. 50 års ålder? Använder man här den återstående medellivslängden vid 50 års ålder måste det baseras på en given livslängdstabell som anger dödsrisker i den befolkning som man vill jämföra med. I den studie som WHO har genomfört av sjukdomsbördan globalt¹⁰ användes en livslängdstabell med återstående medellivslängd för kvinnor på 82,5 år och för män på 80,0 år. Samma används i en svensk studie.¹¹ Man kunde för svenskt vidkommande givetvis även tänka sig att använda den aktuella nivån för Sverige (81,9 år för kvinnorna och 77,1 för männen). Det hade medfört något färre förlorade år framför allt för männens vidkommande och hade därmed skapat en betydligt mindre könsskillnad i antalet förlorade år jämfört med det första alternativet. Hade man i stället valt att jämföra med nivån i de mest välmående förortererna kring våra storstäder där könsskillnaden i medellivslängd har sjunkit till ca 3 år hade resultat blivit mera likt det första alternativet. Det är således inte givet vad som är rätt eller fel i detta fall.

En annan fråga gäller huruvida hälsoförluster som uppträder nära i tiden är mera värda än de som uppträder senare eller med andra ord om man skall tillämpa *diskontering* vid beräkning av sjukdomsbördan. Diskontering kan tolkas som ett uttryck för hur mycket ett samhälle är

¹⁰ Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Cambridge MA, Harvard University Press 1996.

¹¹ Diderichsen F, Backlund I, Peterson S. Nytt mått mäter sjukdomsbördan i Sverige. Läkartidningen 1999;96:2172-2177. (Se även SOU 1999:137 avsnitt 1.3.4).

villigt att offra på kort sikt för att få vinster på lång sikt. En diskontersringsränta på 3 procent som i WHO:s DALY-beräkningar är uttryck för en relativt hög sådan villighet och 0 procent som tillämpats i den svenska studien är en ännu högre sådan. I sjukvårdssammanhang prioriteras det akut livsräddande medan man exempelvis i miljösammanhang ofta finner skäl att lägga vikt vid risker som kan uppträda långt fram i tiden.

Ytterligare en fråga som har aktualiserats internationellt gäller huruvida förluster av liv och funktionsförmåga är lika mycket värda oavsett i vilken ålder för individen de inträffar. I WHO:s studie av sjukdomsördan i världen valde man att låta förluster i 20–30 års åldern vara mera värda än bland äldre och bland barnen medan man i den svenska studien valde att inte göra någon skillnad mellan olika åldrar. Att åldersvikta kan möjligen vara motiverad om man ser hälsopolitik som en investering för ekonomisk tillväxt, där olika åldersgrupper kan hävdas bidra olika mycket till samhällets välfärdsutveckling, men det öppnar samtidigt för ganska problematiska perspektiv där man kan fråga sig om man då också skall vikta för utbildning eller yrke etc. Åldersviktning har således inte tillämpats i den svenska studien.

Samlade mått på folkhälsan som QALY:s och DALY:s kan användas dels för deskriptiva syften – att beskriva folkhälsans utveckling och fördelning på olika befolkningsgrupper och diagnoser men också normativt för prioriteringar. Att sjukdomsördan i Sverige har visat sig så dominerad av psykisk ohälsa är en viktig kunskap i prioriteringsdiskussionerna. När måtten används för normativa syften som t.ex. prioritering och resursallokering till verksamheter i hälsopolitik och sjukvård uppstår dock nya problem. Det blir då viktigt att inte bara veta hur ett givet hälsoproblem påverkar befolkningen utan också om verksamheten kan påverka hälsoproblemet i fråga och till vilken kostnad. Om man söker prioritera mellan olika verksamheter genom att beräkna hur många levnadsår man vinner med olika åtgärder, blir resultatet ofta att man prioriterar förebyggande insatser för de ännu friska eller behandlande insatser för de med mindre svåra hälsoproblem, därför att insatser för bättre överlevnad och livskvalitet för svårt sjuka kostar mera per räddat levnadsår oavsett om detta mäts i termer av QALY:s eller DALY:s. Som redan påpekats av den svenska Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) och av andra¹² får en prioritering baserad enbart på kostnadseffektivitetsberäkningar därmed orimliga konsekvenser därför att denna strider mot den så kallade behovsprincipen, som innebär att den som har den svåraste sjukdomen bör ha prioritet trots att det kan handla

¹² Anand S, Hanson K. Disability adjusted life years – a critical review. *J Health Econ* 1995;16:658-702.

om en mindre kostnadseffektiv insats. Man måste därför alltid ta hänsyn inte bara till kostnadseffektivitet utan även till fördelningsaspekter i den betydelsen att värdet av en given förbättring för de svårast sjuka är mera värd.

Samlade mått på folkhälsan har därför kritiserats för att de inte mäter det som är mest påträngande att veta – nämligen marginaleffekter på folkhälsan av en ändring i resursallokeringen till olika åtgärder och verksamheter.¹³ Men på samma sätt som det är viktigt att veta omfattningen av t.ex. arbetslöshet i samhället, och inte bara kostnaden för att minska den, är det viktigt för värderingen av samhällsutvecklingen att veta att t.ex. befolkningens funktionsförmåga i hög utsträckning påverkas av psykiska symtom även om vi inte vet kostnaden för en given förbättring av dessa symptom.¹⁴ Det är därför av flera olika skäl viktigt att skilja på de deskriptiva och normativa tillämpningarna av ett folkhälsoindex.

23.3 Att mäta ohälsans fördelning

I och med att ett viktigt mål för hälsopolitiken är en minskning av den ojämlika fördelningen i ohälsan är det viktigt att kunna mäta denna fördelning, dvs. att kvantifiera skillnaderna i ohälsa mellan kön, klasser etc. Det finns flera viktiga ställningstaganden att överväga innan man bestämmer vilka mått som är lämpliga:

För det första är det viktigt vilket mått på ohälsa man använder för att beskriva fördelningen. Redovisningen i SOU 2000:91 kapitel 2 visar att de relativa skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är större ju allvarigare sjukdomskonsekvenser man studerar. Om man i enlighet med synpunkterna i det föregående avsnittet i första hand vill mäta folkhälsan i termer av dödlighet och handikapp bör fördelningen också studeras i dessa termer.

För det andra är det viktigt att överväga vilka befolkningskategorier man vill studera när det gäller fördelningen. Inkomstfördelning brukar beskrivas som en fördelning mellan individer och en sådan lösning har

¹³ Williams A. Calculating the global burden of disease: Time for a strategic reappraisal. *Health Economics* 1999;8:1-8.

¹⁴ Murray CL, Salomon JA, Mathers C: A critical examination of summary measure of population health. GPE Discussion paper no 2. WHO, Geneva 1999.

också föreslagits vad gäller hälsa¹⁵. Oftast beskrivs dock hälsans fördelning i termer av kön, socialgrupper, etniska grupper etc. Skälet till detta är främst att individuella variationer inom en och samma grupp oftast är biologiskt betingade och endast i begränsad omfattning kan tillskrivas sociala och ekonomiska uppkomstmekanismer som kan betecknas som orättvisa (se vidare SOU 2000:91, avsnitt 4.3). Sociala olikheter i ohälsa betingas i första hand av den senare typen av mekanismer (se vidare SOU 1999:137 avsnitt 2.2.2)

För att bedöma omfattningen av den ojämlika fördelningen i folkhälsotermer är det viktigt att beskriva denna som absoluta tal snarare än i relativa tal. Om man t.ex. vill jämföra sjukdomsriskerna i två socialgrupper ger differensen dem emellan en bild av problemets storleksordning, medan kvoten mellan de två riskerna kan vara densamma oavsett hur vanlig sjukdomen är i befolkningen.¹⁶ Dessutom är det viktigt hur stora de olika grupperna är som man vill jämföra. Även om exempelvis översjukligheten hos icke-facklärd arbetare har varit i ökande är det en grupp som utgör en allt mindre del av befolkningen och problemet blir därför i folkhälsotermer inte självklart allt större.

Många mått är beroende av att man använder sjukligheten i en grupp (ofta den friskaste eller rikaste) som referens och därmed blir kvantifieringen av fördelningen starkt beroende på avgränsningen av denna grupp. Det har emellertid utvecklats mått som gör analysen mindre beroende av detta, och som samtidigt tar hänsyn till storleken på alla grupperna i befolkningen som man vill jämföra med (exempel på sådana mått är Slope Index of Inequality – SII och Concentration Index – CI)¹⁷

För en samlad bedömning av folkhälsans utveckling står man ofta inför den situationen att sjukligheten eller dödligheten 'i genomsnitt' förbättras medan skillnaderna mellan grupper i befolkningen ökar. Hur man skall värdera en sådan utveckling i sin helhet beror på hur man värderar försämringar i fördelningen i jämförelse med förbättringar av

¹⁵ Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin for the World Health Organization* 2000;78:42-54.

¹⁶ Om dödligheten i en socialgrupp minskar från 40 till 30 per 100 000 och i annan grupp från 20 till 10 betyder det att differensen är oförändrad 10 (40–30 jämfört med 20–10), medan kvoten ökar från 2 till 3 (40/20 jämfört med 30/10). Problemets storleksordning i termer av absoluta antalet dödsfall som beror på ojämlikheten mellan de två grupperna är därför oförändrad även om den i relativa tal ökar.

¹⁷ Mackenbach JP, Kunst AE: Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health. *Soc Sci Med* 1997;44:757-771.

genomsnittet. Det har utvecklats mått som justerar genomsnittsvärden med hänsyn till fördelningen och som bl.a. har använts av UNDP.¹⁸

23.4 Bedömning

Det finns ett behov av ett samlat mått på folkhälsan som fångar både dödlighet och olika grader av sjuklighet. Det bör ha god jämförbarhet över tid och mellan grupper. Ett sådant mått kan utvecklas på basen av SCB:s hälsoindex (se ovan). Det kan baseras på dödlighetsstatistiken och ULF-undersökningarnas redovisning av självrapporterad hälsa i befolkningen. Man bör dock utveckla tekniken med vilka vikterna sätts exempelvis med de erfarenheter som vunnits inom arbetet med QALY-måttet. Man bör även se till att information om barn under 16 år och äldre över 84 inkluderas. Ett sådant mått kan dock inte utan vidare brytas ned i sjukdomar eller bestämningsfaktorer. Därmed blir det mindre användbart för bl.a. hälsokonsekvensbedömningar och uppföljning av de nationella folkhälsomålen. Det kan därför finnas behov av en annan typ av mått.

Ett sådant måste byggas på sjukdomsspecifik epidemiologisk information av den typ som används i WHO:s DALY-mått. Ett sådant mått blir mera osäkert när det gäller kortsiktiga tidstrender och fördelningen mellan socialgrupper och regioner. Men måttet kommer att ha högre åtgärdsrelevans, bl.a. därför att det kan relateras till tillgänglig epidemiologisk och medicinsk information om bestämningsfaktorer och interventioner. Det nuvarande DALY-måttet behöver utvecklas ytterligare inte minst vad gäller hur man värderar olika sjukdomstillstånd. Resultaten från det omfattande internationella utvecklingsarbetet som pågår just nu när det gäller metoder för viktberäkning behöver tas till vara. Dessutom bör en nationell epidemiologisk databas med information om prevalens och incidens av de aktuella sjukdomarna och skadorna samt deras olika stadier etableras och underhållas.

För att följa fördelningen av ohälsan i befolkningen bör absoluta mått användas som fångar sjukligheten i alla socialgrupper och inte bara ytterlighetsgrupperna och som tar hänsyn till gruppernas storlek.

¹⁸ Human Development Report 1995. UNDP 1995.

24 Velfärdsbokslut och HKB¹

24.1 Inledning

Folkhälsoarbetet har utvecklats kraftigt under 1990-talet. Det gäller både på internationell, nationell, regional och lokal nivå. En tydlig trend under senare år har varit att vidga folkhälsoområdet till att mer medvetet omfatta politikens betydelse för folkhälsan och att söka integrera folkhälsoarbetet i de ordinarie verksamheterna.

Landstingen/regionerna och kommunerna har aktivt verkat i denna riktning. Arbetet har fördjupats och förstärkts genom bl.a. Folkhälsoprogrammet på den lokala och regionala nivån.² Folkhälsoprogrammet var ett politiskt programarbete mellan Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Ett av folkhälsoprogrammets huvudsyften var att sätta folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen.

Olika utvecklingsstöd har tagits fram. Folkhälsoprogrammet tog initiativ till och utvecklade hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) av förslag till politiska beslut på den lokala och regionala nivån. Detta arbete beskrivs nedan. Ett annat exempel är Velfärdsbokslut som har utvecklats av Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i nära samverkan med sju kommuner och ett sjukvårdsområde i ett landsting.³

Folkhälsoinstitutet har genomfört hälsokonsekvensbedömningar av EU:s jordbrukspolitik och av vissa förslag till statliga beslut såsom införande av åldersgräns för inköp av tobak. Hälsokonsekvensbedömningar är ett alternativt ord för hälsokonsekvensbeskrivningar och förkortas också HKB.⁴ Uppsala läns landsting utvecklade i mitten av

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat med bidrag av utredare Karin Berensson, Landstingsförbundet.

² Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. *Främja hälsa – förebygg sjukdomar*, Slutrapport från Folkhälsoprogrammet. Stockholm 1998

³ Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet. *Velfärdsbokslut – en introduktion*. Stockholm 2000.

⁴ Nationella folkhälsokommittén använder begreppet hälsokonsekvensbedömningar. Se SOU 1998:43, kapitel 8.

1990-talet hälso- och miljökonsekvensbeskrivningar.⁵ Syftet var att utveckla ett instrument för att utveckla beslutsfattandet i Uppsala landsting.

Kommittén har i flera sammanhang påpekat att hälsofrågorna behöver tydliggöras i all kommunal verksamhet t.ex. genom att använda metoder som hälsokonsekvensbeskrivningar/bedömningar och välfärdsbokslut. Kommittén har därför betonat att det är viktigt att följa arbetet med HKB och s.k. välfärdsbokslut. Skillnaden mellan HKB och välfärdsbokslut är att HKB görs i början av beslutsprocessen medan välfärdsbokslut följer upp och utvärderar en verksamhet. Välfärdsbokslut kan användas integrerat i folkhälsoarbetet på alla nivåer. Metoden fångar bl.a. upp hälsoaspekter. Frågor i detta sammanhang kan vara; ökar eller minskar ojämlikheten i hälsa, ökar eller minskar förutsättningarna för delaktighet och möjlighet att påverka, ökar eller minskar förutsättningarna för bra relationer och gemenskap. 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.

24.2 Välfärdsbokslut

24.2.1 Syftet med projektet lokala välfärdsbokslut

Kommittén lämnar förslag till ett stort antal indikatorer, varav flera är hämtade från modellen för lokala välfärdsbokslut. Dessa indikatorer syftar till att visa på väsentliga förhållanden som gäller de bestämningsfaktorer som anges i målen. Kommittén har valt att inte ange procentsatser för vad som skall hända under en viss tid med undantag för tobaksbruk där det redovisas vad som bör ha uppnåtts vid en viss tidpunkt jämfört med nuläget. Det bör ankomma på Folkhälsoinstitutet att i samverkan med andra myndigheter utveckla indikatorerna bl.a. att i vissa fall ange procentsatser för dessa.

Kommuner och landsting/regioner ansvarar för många verksamheter som tillhör välfärdens kärnområden. Många beslut som påverkar människors hälsa omfattas av kommunala beslut. För att effektivt kunna planera och styra sina åtgärder behöver kommunerna dels systematiskt samla in och analysera kunskaper om invånarnas livsvillkor, dels följa

⁵ Uppsala läns landsting. *Hälsokonsekvenser – och miljökonsekvenser. Ett arbetshäfte och verktygslåda. Vägledning och underlag för utveckling av politiska beslut.* Uppsala 1997.

upp hur olika verksamheter påverkar invånarnas hälsa och välbefinnande.

Projektet lokala välfärdsbokslut startade år 1996 som ett samarbetsprojekt mellan Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet. Projektet avslutades under år 1999.⁶ I projektet deltog sju kommuner och ett landsting. Kommunerna är Göteborg, Malmö, Nynäshamn, Haninge, Sala, Skövde och Örebro samt Stockholms läns landstings sydöstra sjukvårdsområde. Projektet har utvecklats i samverkan med Folkhälsoprogrammets HKB-arbete. Idén med välfärdsbokslut grundar sig på Världsbankens utgångspunkt att folkhälsoarbete är en investering i social utveckling.⁷ Kommunernas insatser är direkt inriktade på att bidra till medborgarnas välfärd. Ett välfärdsbokslut är en beskrivning och analys av en verksamhets utfall i ett välfärdsperspektiv. Bokslutet är primärt ett underlag för politikernas val av åtgärder för att påverka och styra verksamheten i önskvärd riktning. Mervärdet i ett välfärdsbokslut är att utveckla välfärdsåtgärder som kompletterar de ekonomiska måtten i boksluten och integrera dem i den kommunala budget- och beslutsprocessen.

Syftet med projektet är att ge folkhälsofrågorna en ökad politisk legitimitet och att skapa en struktur i kommunernas ambitioner att främja befolkningens hälsa och välbefinnande. Detta för att öka medvetenheten i kommunerna om vilka hälsoeffekter olika politiska beslut får för folkhälsan. Syftet är också att erhålla ett redskap för att bättre kunna styra den kommunala verksamheten så att den bidrar till att utjämna hälsoskillnader. I projektet utvecklas och implementeras nya metoder och arbetsformer i det reguljära arbetet samt förstärkt kunskap om budgetuppföljning, bokslut och årsredovisning. Genom lokala välfärdsbokslut kan folkhälsofrågorna tydliggöras.

Lokala välfärdsbokslut är bl.a. inspirerat av ”gröna nyckeltal”⁸ och andra befintliga styrmedel för kommunal verksamhet. Svenska Kommunförbundet har under 1999 bedrivit ett projekt i samarbetet med ansvariga för miljöredovisningen i 15 kommuner för att utveckla gröna nyckeltal i ett komparativt perspektiv. Syftet med projektet har dels varit att utveckla och definiera ett antal nyckeltal, dels att bidra till en fortsatt process att utveckla gröna nyckeltal som ett instrument för att

⁶ Avsnittet bygger på Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet. *Välfärdsbokslut*. Stockholm 2000.

⁷ The World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. Report:1993:330.

⁸ Se t.ex. Svenska Kommunförbundet. *Gröna nyckeltal i kommunal miljöredovisning*. Stockholm 1996. SOU 1999:127. *Gröna nyckeltal*. Betänkande från Miljövårdsberedningen.

fokusera på frågor som bl.a. rör miljöarbete och resursförbrukning i enskilda kommuner. För kommunen som geografiskt område finns nyckeltal för t.ex. biologisk mångfald, luft och energi.⁹

I den modell som utvecklats i projektet lokala välfärdsbokslut beskrivs välfärden utifrån 13 komponenter som har betydelse för hälsan. Komponenterna uttrycks i sin tur i ett 60-tal mätbara nyckeltal och indikatorer som skall vara möjliga för kommunen att påverka. Välfärdskomponenterna är

- En god hälsa
- Stöd för hälsosamma levnadsvanor
- Tillgång till kunskap och utbildning
- Tillgång till rekreation och kultur
- Ekonomiska resurser
- Delaktighet och inflytande
- Boende, närservice och omgivande miljö
- Arbetsmiljö
- Trygghet och säkerhet
- Tillgång till vård och omsorg
- Tillgång till meningsfull sysselsättning
- Framtidsstro, mål och mening

Nyckeltalen/indikatorerna i projektet lokala välfärdsbokslut har valts för att beskriva trender, om utvecklingen pekar på en förbättring, en försämring eller en oförändrad situation. Nyckeltalen blir således mått på hur man lyckats jämfört med uppsatta mål. Talen kan användas som beslutsunderlag för att t.ex. bedöma framtida resursfördelning samt i verksamhetsrevisioner. Nyckeltal används ofta för att jämföra utvecklingen i den egna kommunen över tid eller med andra kommuner. Flertalet nyckeltal i välfärdsbokslutet kan följas upp och mätas årligen. För andra kan uppföljning ske vart tredje eller vart fjärde år. Exempel på sådana är uppgifter som mäts genom befolkningsenkäter.

24.2.2 Kriterier för nyckeltalen

För att nyckeltalen skall kunna användas i praktiken ställer modellen för lokala välfärdsbokslut upp vissa krav. Nyckeltalen bör vara mätbara, enkla, realistiska, tydliga. Dessutom bör antalet nyckeltal inte vara för omfattande.

⁹ Svenska Kommunförbundet. *Gröna nyckeltal – en metod för att jämföra kommuner*. Stockholm 2000.

Modellen för lokala välfärdsbokslut utgår från att vissa kriterier för nyckeltal bör vara uppfyllda såsom

- Ett nyckeltal skall kunna tillämpas i den kommunala styrnings- och planeringsprocessen.
- Förhållanden som nyckeltalen återspeglar skall vara möjliga att påverka genom direkta och eller indirekta kommunala åtgärder och i tillräckligt god tid för att kunna påverka utvecklingen.
- Såväl kvantitativa och kvalitativa data skall kunna tas fram med rimlig ansträngning och inom kommunens utredningskapacitet.
- Nyckeltal skall redovisas så att de tydligt visar skillnader i förhållanden som påverkar välfärden och därmed hälsan, mellan t.ex. olika befolkningsgrupper och mellan olika kommundelar och utgöra underlag för att bidra till ökad jämlikhet i hälsa.
- Nyckeltalen skall spegla folkhälso- och välfärdsutvecklingen på lokal nivå.

I modellen för lokala välfärdsbokslut har ett viktigt kriterium varit att nyckeltalen skall vara så åtgärdsnära som möjligt.¹⁰ Att kontinuerligt uppdatera och utvärdera nyckeltalen är en viktig förutsättning för att nyckeltalen och indikatorerna skall kunna förbättras och bevara sin aktualitet.

Vid valet av vilka nyckeltal som skall ingå i ett välfärdsbokslut är det enligt modellen för lokala välfärdsbokslut väsentligt att klargöra avsikten med valda nyckeltal och indikatorer. Vidare är det viktigt att vid val av tal utgå ifrån behovet av information och inte vilket statistik som finns tillgänglig.

Välfärdens och hälsans utveckling ser olika ut för olika grupper i befolkningen. För att få en tydlig belysning av hälsoskillnaderna i befolkningen redovisas nyckeltalen i olika grupperingar t.ex. åldersgrupper, kön, socioekonomiska variabler, målgrupper såsom etniska grupper, ensamstående föräldrar. Nyckeltalen kan redovisas per kommun och kommundel. Välfärdsbokslut är ett aktivt verktyg som är kopplat till ordinarie budget- och bokslutsprocessen till skillnad mot t.ex. en lokal folkhälso- och välfärdsrapport som redovisar förhållanden vid en viss tidpunkt.

¹⁰ Med åtgärdsnära menas att kommunerna har ett direkt inflytande på eller att kommunen har stora möjligheter att påverka den organisation eller myndighet som har ansvaret för den verksamheten och därmed kan påverka utvecklingen.

24.2.3 Erfarenheter från projektkommunerna

För närvarande har förutom de sju projektkommunerna även kommunerna Borås, Helsingborg och Östersund fattat beslut om att påbörja välfärdsbokslut. Mot bakgrund av att välfärdsbokslutet skall utgå ifrån lokala förutsättningar har arbetet i de sju projektkommunerna utvecklats på skilda sätt. Samtliga kommuner anser dock att arbetet med välfärdsbokslut varit en utmaning med vissa svårigheter men har framför allt bidragit till kunskap. Intresset och stödet från den egna kommunens politiker och tjänstemän har i flertalet kommuner blivit starkare.

24.3 Hälsokonsekvensbeskrivningar/bedömningar

Kommittén har i flera sammanhang, bl.a. i (SOU 1998:43) uttalat sig om vikten av att använda HKB i folkhälsoarbetet.

Flertalet beslut i kommuner, landsting och regioner har effekter på hälsan i befolkningen. En utmaning är således att visa på hälsoeffekter även av övergripande beslut och förändringar.¹¹ Det är således angeläget att hälsokonsekvenser av kommunala beslut på lokal och regional nivå integreras i beslutsunderlagen.

24.3.1 Konsekvensbeskrivningar

Konsekvensbeskrivningar inom olika områden har fått stor aktualitet under senare år. Socialtjänstkommittén föreslog i sitt huvudbetänkande *Ny socialtjänstlag* SOU 1994:139¹² att sociala konsekvensanalyser skulle göras inför större förändringar. ”Om ett kommunalt beslut om större förändringar av fysisk miljö eller av kommunens verksamhet kan antas medföra betydande konsekvenser för den sociala miljön eller enskildas levnadsförhållanden skall beslutet föregås av en social konsekvensanalys. Socialtjänsten skall svara för att den sociala konsekvensanalysen kommer till stånd.” Förslaget har dock inte genomförts.

¹¹ Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet. *Välfärdsbokslut*. Stockholm 2000.

¹² SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande från Socialtjänstkommittén. Stockholm 1994.

Bestämmelser om miljökonsekvensbeskrivningar (MKB) finns i plan- och bygglagen¹³ och i miljöbalken.¹⁴ Krav om MKB helt eller delvis enligt miljöbalkens bestämmelser finns även i bl.a. väglagen, luftfartslagen och lag om byggande av järnväg. Syftet med MKB är att beskriva de direkta och indirekta effekter som en planerad åtgärd eller verksamhet kan medföra på människors hälsa och miljö samt förushållning med naturresurser. Den skall också ge underlag för en samlad bedömning av vilken inverkan åtgärden eller verksamheten får. MKB skall innehålla en motiverad redovisning av alternativa platser, utformningar samt ett nollalternativ där konsekvenser av uteblivna åtgärder framgår. Plan- och bygglagen innehåller en särskild form av MKB som anpassas till och följer planeringsprocessen.

Beträffande jämställdhet fanns det en målsättning i regeringsförklaringen år 1994. Alla beslutsunderlag på nationell, regional och lokal nivå skulle innehålla en konsekvensanalys för jämställdhet. Detta har även följts upp vid senare regeringsförklaringar. Inom regeringskansliet skall det i alla direktiv till utredningar ingå hänsyn till jämställdhet.

Den s.k. 3R-metoden har som syfte att undersöka hur en kommunal nämnd systematiskt kan arbeta för jämställdhet i det egna verksamhetsområdet. 3R står för Representation, Resurser och Realia. Strategin bygger på "mainstreaming", dvs. att jämställdhet inte är en särskild fråga utan en aspekt på verksamheten. För att omsätta denna strategi till arbete i kommuner prövar JÄMKOM, Svenska Kommunförbundet en metod, 3R-metoden.^{15,16}

Enligt FN:s barnkonvention skall konsekvenser för barn belysas vid beslutsfattande. Ett omfattande arbete pågår på olika håll för att förverkliga barnkonventionen. Exempelvis skall barnkonsekvensanalyser göras vid statliga beslut som rör barn. Landsting och kommuner verkar på olika sätt för barnkonventionen. Jämtlands läns landsting tog tidigt tillsammans med kommunerna i länet fram en "barncheck", dvs. en lista med frågor om barns och ungdomars livsvillkor och rättigheter. Syftet är att bedöma vilka effekter beslut i landsting och kommuner kan få för barn och unga.

¹³ Plan- och bygglag (1987:10).

¹⁴ Miljöbalk (1998:808).

¹⁵ Åström, G. *Jämtegrering. 3R för jämställda kommunala verksamheter*. Svenska Kommunförbundet. Stockholm 1999.

¹⁶ Snickare, L. *Härifrån till jämställdheten*. Huvudrapport från programberedningen Kommunerna och jämställdheten. Svenska Kommunförbundet. Stockholm 1999.

Ekonomistyrningsverket har haft i uppdrag att bl.a. kartlägga erfarenheter av olika områden där konsekvensbeskrivningar använts.¹⁷

24.3.2 Hälsokonsekvensbeskrivningar

Hälsokonsekvensbeskrivningar kan beskrivas som en metod för att systematiskt belysa vilka konsekvenser ett politiskt beslut kan få för människors hälsa. Ett annat sätt att beskriva hälsokonsekvensbeskrivningar är att säga att man anlägger ett mainstreamingperspektiv på folkhälsofrågorna. Detta kan göras på olika sätt och med olika ambitionsnivå. Ett exempel på detta är att man i Nederländerna tagit fram en matematisk prediktionsmodell för att räkna ut hur befolkningens hälsa påverkas av olika förslag t.ex. åldersgräns för inköp av tobak. Resultat får man i förväntad medellivslängd, sjuklighet etc.

En relevant fråga är om det i förväg är möjligt att beskriva hälsokonsekvenser av förslag till politiska beslut. Folkhälsofrågor är ofta långsiktiga, många förhållanden samverkar och människor har olika förutsättningar. Det är många gånger svårt att i efterhand utvärdera effekter av folkhälsoarbete. Å andra sidan är så mycket känt av vad som påverkar människors hälsa att det är befogat att använda hälsokonsekvensbeskrivningar som en metod för att förbättra folkhälsan.

24.3.3 HKB i ett internationellt perspektiv

Internationellt har folkhälsofrågorna fått en starkare ställning. EU har successivt fått ökade befogenheter på hälsoområdet. Mandat att agera inom folkhälsoområdet fick EU år 1993. Sedan år 1999 regleras folkhälsofrågorna av Amsterdamfördraget i vilket HKB tillskrivs stor betydelse. Detta framgår av följande: "En hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder". Detta innebär att hälsa skall vara ett ansvar för alla institutioner inom EU och att hälsofrågor skall integreras i olika sektorer som den interna marknaden, forskningen, det sociala området, miljön, industrin etc.

¹⁷ Ekonomistyrningsverket. Barnperspektivet vid statliga beslut. Stockholm 1999.

Även i EU-kommissionens förslag till hälsost strategi är politikens betydelse för hälsa samt hälsokonsekvensbeskrivningar en mycket framträdande fråga.¹⁸

WHO tillskriver också HKB stor betydelse. I Hälsa 21 finns HKB med som ett särskilt mål.¹⁹ WHO:s center i Bryssel, European Center for Health Policy (ECHP) arbetar aktivt med HKB.

I många länder finns ett stort intresse för hälsokonsekvensbeskrivningar och ett betydande utvecklingsarbete pågår för närvarande i länder som Kanada, Storbritannien, Nederländerna och Finland.

24.3.4 Exempel på hälsokonsekvensbedömningar

Inom Folkhälsoinstitutet pågår ett arbete med att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar inför nationella politiska beslut. Metoderna skall användas så att de bakomliggande bestämningsfaktorer för hälsoutvecklingen integreras. Detta har bl.a. prövats inför införandet av åldersgräns vid tobaksförsäljning.²⁰ Metoden var här en samhällsekonomisk analys och huvudslutsatsen var att ett införande av en åldersgräns på 18 år vid köp av tobaksprodukter skulle vara en kostnadseffektiv åtgärd med stort hälsomässigt värde.

Ett annat exempel på HKB inom tobaksområdet gäller den organiserade cigarettsmugglingen.²¹ Syfte med undersökningen var att genom en enkel ekonomisk analys bestämma vilken kontrollnivå som krävs, givet olika förutsättningar för att man på ett effektivt sätt skall kunna bekämpa den organiserade cigarettsmugglingen. Huvudslutsatsen var att med nuvarande prisnivå på cigaretter på den legala marknaden så utgör en fortsatt förstärkning och effektivisering av tullens kontrollinsatser den mest adekvata och den mest fördelaktiga åtgärden från kostnadssynpunkt för att bekämpa den svarta cigarettmarknaden. Kommitténs förslag om att införa ett licenssystem för detaljhandel med tobak har inte prövats i en HKB.

¹⁸ Meddelande från EU-kommissionen till Europarådet, Europaparlamentet, Ekonomiska och Sociala kommittén och Regionalkommittén om en hälsovårdsstrategi för den Europeiska gemenskapen Bryssel 2000.

¹⁹ Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella folkhälsokommittén. *Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet*. Stockholm 1999.

²⁰ Folkhälsoinstitutet. *Åldersgräns vid tobaksförsäljning?* Rapport 1995:1.

²¹ Persson, L-GW. *Den organiserade cigarettsmugglingen. Från ax till limpa*. Brottsförebyggande rådet 1999.

Inom alkoholområdet har HKB genomförts med utgångspunkt från frågan om alkoholorådgivning inom primärvården är väl använd tid.²² Studien visar att alkoholorådgivning enligt denna form är lönsam i den grupp som studerats, dvs. 40-åriga män. Ett annat exempel på HKB är effekter av lägre alkoholpriser och slopat försäljningsmonopol.²³ Resultaten visar att en liberalisering av tillgänglighet och minskade priser på alkohol kommer att innebära att alkoholkonsumtionen stiger. Därför bör enligt studien alternativa strategier utvecklas för att begränsa alkoholens skadeverkningar. Ett annat exempel på HKB är konsekvensanalys av hur förändrade införselregler och skatter på alkohol kan komma att påverka alkoholkonsumtionen. Ytterligare ett exempel på HKB inom alkoholområdet är en studie som beskriver vad Sveriges EU-inträde kan betyda för svensk alkoholkonsumtion och hälso- och sjukvårdskostnaderna.²⁴

Inom skadeområdet har en rad konsekvensbedömningar utvecklats. Ett exempel är samhällets utgifter i samband med personskador inom sektorerna Socialförsäkring, privata försäkringar, kommuner, landsting, arbetsmarknaden och staten.²⁵ Studien visar att samhällets utgifter för skador uppgick till 4 procent av BNP år 1994. Enligt studien finns det behov av att närmare studera skadornas kostnader och konsekvenser samt hur kostnadseffektiva olika förebyggande åtgärder är.

Inom allergiområdet har man bl.a. gjort beräkningar av samhälls-ekonomiska kostnader för allergiska besvär.²⁶ Denna hälsokonsekvensbedömning visar att förebyggande insatser som minskar allergiska besvär också är lönsamma. Ytterligare exempel på HKB inom allergiområdet är samhälls-ekonomiska beräkningar av transporter, hälsa och miljö.²⁷ Syftet med projektet är att öka kunskapen om utsläpp, spridning, halter och hur befolkningen exponeras för kvävedioxid och andra ämnen samt vilka hälsoeffekter och samhälls-ekonomiska effekter detta kan ha för olika befolkningsgrupper och miljöer.

²² Lindblom, L. *Alcohol advice in primary health care – is it a wise use of resources in Health Policy 1998:45*, pp 47-56.

²³ Folkhälsoinstitutet och CAN. "Holder rapporten" *Effekter av lägre alkoholpriser och slopat försäljningsmonopol. En vetenskaplig bedömning av vad ett svenskt närmande till Europa kan innebära för alkoholkonsumtion och alkoholskador*. Rapport 1994:43.

²⁴ Landstingsförbundet. *Alkohol och sjukvård – vårdutnyttjande och ekonomiska effekter*. Stockholm 1995.

²⁵ Folkhälsoinstitutet. *Samhällets utgifter för personskador*. Rapport 1994:9.

²⁶ Folkhälsoinstitutet. *Samhälls-ekonomiska kostnader avseende allergiska besvär för barn/vuxna 1983-1993*. Rapport 1994:25.

²⁷ Swedish National Road Administration. *The Stockholm Study on Health effect of Air Pollution and their Economic Consequences*. Report 1999:41.

Inom kostområdet finns hälsokonsekvensbedömningar av EU-subventioner inom vissa jordbrukspolitiska områden,²⁸ beräkning av DALY:s – Burden of disease²⁹ på svenska data med avseende på risk- och friskfaktorer respektive jämlikhet i hälsa. Inom området fysisk aktivitet finns gjorda HKB av den fysiska aktivitetens betydelse för folkhälsan och om övervikt och motion.³⁰

24.3.5 Hälsokonsekvensbeskrivningar på lokal och regional nivå

Folkhälsoprogrammet som startade sitt arbete år 1995 och avslutade det år 1998, tog tidigt initiativ till att utveckla hälsokonsekvensbeskrivningar på lokal och regional nivå. Det var ett politiskt initiativ som togs mot det övergripande målet för folkhälsoarbete i Sverige ”att medverka till en god och jämlik utveckling av befolkningens hälsa” samt Folkhälsoprogrammets mål ”att placera folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen”³¹.

Folkhälsoprogrammets målsättning³² med hälsokonsekvensbeskrivningar var att de skulle

- sätta folkhälsofrågorna på den politiska agendan
- bidra till att minska ojämlikhet i hälsa och
- bidra till att vitalisera det politiska arbetet

Folkhälsoprogrammet genomförde inledningsvis en inventering av tidigare arbeten på området. Denna inventeringen visade att de erfarenheter som fanns var svåra att applicera i det svenska arbetet men att intresset för hälsokonsekvensbeskrivningar var mycket stort.

En plan togs fram för Folkhälsoprogrammets arbete med målet att stimulera landsting och kommuner till arbete med hälsokonsekvens-

²⁸ Folkhälsoinstitutet. *Health Impact Assessment of the EU Common Agricultural Policy*. Rapport 1997:36.

²⁹ Folkhälsoinstitutet, Karolinska institutet och Socialstyrelsen. *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl*. Rapport: 1998:50.

³⁰ a.a.

³¹ Landstingsförbundet. *Direktiv för folkhälsoprogrammet*. Stockholm 1995.

³² Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. *Med fokus på hälsan – HKB – Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut*. Stockholm 1998.

beskrivningar och att utveckla verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar av förslag till politiska beslut på regional och lokal nivå.³³

För att stimulera till arbete med hälsokonsekvensbeskrivningar i landsting och kommuner bildades ett nätverk, som kom att kallas Nätverk-HKB. Nätverket har genomfört en rad seminarier och konferenser med varierande teman. I ett tidigt skede var arbetet med att bidra till ett verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar ett centralt tema. För närvarande är implementering av hälsokonsekvensbeskrivningar i fokus för aktiviteterna.

24.3.6 Utveckling av ett verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar

Enligt Folkhälsoprogrammet skulle konsekvenserna av politiska beslut för människors hälsa kunna tydliggöras genom användning av HKB så att en avvägning kunde göras mot andra intressen innan ett politiskt beslut fattades. HKB skulle kunna bli en vägvisare mot mer "hälsosamma beslut". Därmed inte sagt att hälsokonsekvenserna alltid skulle väga tyngst.

För att utveckla ett verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar valde Folkhälsoprogrammet att belysa den politiska processen och hälsobegreppet. Programmet ägnade ett betydande arbete åt att ta reda på vad hälsobegreppet innebär för olika grupper i Sverige.

Folkhälsoprogrammets ledamöter arbetade med hälsobegreppet i en framtidsverkstad. För att få invånarnas syn på hälsa och politik engagerades grupper med Folkhälsoprogrammets prioriterade grupper – ungdomar, invandrare och personer i en utsatta situation t.ex. arbetslösa.

³³ Landstingsförbundet. *Hälsokonsekvensbeskrivningar av politiska beslut. Förslag till fortsatt arbete. Folkhälsoprogrammet*. Stockholm 1997.

Experter bl.a. i Nätverk-HKB var engagerade.³⁴ Erfarenheter från andra instanser arbetades in som t ex från Kanada^{35,36,37} samt från Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. För det vetenskapliga innehållet engagerades professor Finn Diderichsen, Karolinska Institutet som bl.a. skrivit ett underlag om sambandet mellan politik och folkhälsa.³⁸

Följande faktorer sammanfattades som hälsans bestämningsfaktorer:

- demokrati/möjlighet att påverka/jämställdhet
- ekonomisk trygghet
- arbete/sysselsättning/utbildning
- socialt nätverk
- tillgång till vård och omsorg
- framtidstro/mål och mening
- fysisk miljö
- levnadsvanor

Verktyget består av tre delar:

- hälsofrågan – som består av enkla frågor om konsekvenser för människors hälsa,
- hälsomatrisen – som är en matris för att påvisa sambandet mellan hälsans bestämningsfaktorer och konsekvenser av politiska beslut för olika grupper,
- hälsokonsekvensanalysen – som ger förslag till hur man kan göra en mer ingående analys av bl.a. strategiska politiska frågor.

Syftet med HKB-verktyget är att med hjälp av praktiskt tillämpbara modeller tydliggöra hälsofrågorna och systematiskt belysa dessa inför politiska beslut på regional och regional nivå. I flera kommuner och

³⁴ Landstingsförbundet. Dokumentation från Nätverk-HKB, den 17-18/9. Stockholm. 1997.

³⁵ Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. *Health Impact Assessment Guidelines, A resource for program planning and development*. Victoria.

³⁶ Frankish James C, Green L, W, Ratner P, Chomik T and Larsen C. *Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy*. Victoria. Institute of Health Promotion Research University of British Columbia 1996.

³⁷ John Talbot & Associates Inc. *Decision-making, Community Consultation and Healthy Public Policy Workshops, Summary Report*. Victoria. 1996.

³⁸ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. *Med fokus på hälsan-HKB- Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut?* Stockholm 1998.

landsting/regioner pågår för närvarande ett arbete att använda HKB i beslutsfattandet.

När det gäller användning av HKB menar bl.a. Folkhälsoprogrammet att en viktig förutsättning för framgång är att hälsokonsekvensbeskrivningen görs tidigt i en politisk process. Efter en tid har i allmänhet så mycket "investerats" i det aktuella beslutet att det kan vara svårt att ändra färdriktning.

Generellt bör det inte krävas särskild kompetens för att göra hälsokonsekvensbeskrivningar utan de skall göras av politiker och utredare i det ordinarie arbetet. Det kan dock vara värdefullt att en grupp med olika kompetens, t.ex. från socialförvaltning, miljöförvaltning och en hälsoplanerare, tittar närmare på förslagen med "hälsoglasögon" på sig. När det gäller mer komplicerade ärenden kan det vara lämpligt med assistans från en samhällsmedicinsk enhet eller folkhälsoenhet.

Arbete med hälsokonsekvensbeskrivningar bygger på sambandet mellan politik och folkhälsa, ett samband som inte alltid är enkelt att fastställa. Folkhälsoprogrammet tog därför initiativ till ett utbildningsmaterial på Internet för nyvalda politiker "Demokrati och hälsa".³⁹ Materialet har bl.a. använts som introduktion för och utbildning kring hälsokonsekvensbeskrivningar.

Att verktyget för hälsokonsekvensbeskrivningar gjordes tillgängligt på Internet har enligt Landstingsförbundet förmodligen haft stor betydelse för den lokala och regionala utvecklingen.

24.3.7 Erfarenheter av hälsokonsekvensbeskrivningar

I samband med utvecklingen av verktyget gjordes en enkel test. Den spontana reaktionen var att användning av HKB-verktyget leder till "eftertanke före". Ännu har dock ingen utvärdering gjorts, men mycket tyder på att de förändringar som kommer till stånd är att medvetenheten om hälsofrågorna ökar. De förändringar som görs innebär att besluten kan gå i mer "hälsosam riktning".

Landstingsförbundet genomförde en enkätundersökning år 1999 till landstingsdirektörer eller motsvarande som visade att sju av de 21 landstingen/regioner hade fattat beslut om att genomföra HKB.⁴⁰

³⁹Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet Demokrati & Hälsa Stockholm 1998.

⁴⁰ Enkät Jämlik hälsa & Hälsokonsekvensbeskrivningar. Stockholm. Landstingsförbundet. 1999

Folkhälsoprogrammet poängterade att det utvecklingsarbete som gjordes skulle betraktas som ett första steg i en utveckling och att det fortsatta arbetet borde följas och utvärderas. För att följa det arbete som genomförs lokalt/regionalt har Landstingsförbundet tagit initiativ till en uppföljning. Som ett första steg följs arbetet med HKB i ett sjukvårdsområde inom Stockholms läns landsting.

24.3.8 Internationellt erfarenhetsutbyte

Hälsokonsekvensbeskrivningar har utvecklats i flera länder ungefär vid samma tidpunkt och det har således varit viktigt att lära av varandras erfarenheter. Från svensk sida har man deltagit i internationella seminarier där de svenska erfarenheterna^{41,42} har redovisats. Arbetet har också publicerats i utländska skrifter.^{43,44}

En viktig förmedlare av erfarenheter är det nätverk som ECHP ansvarar för, där flera svenska representanter ingår.

Olika länder har haft olika utgångspunkter för sitt arbete med HKB. Några karaktärsdrag i Folkhälsoprogrammets arbetet är

- att arbetet grundades på ett politiskt initiativ
- att arbetet har utvecklats utifrån politiska/praktiska erfarenheter/förutsättningar
- att arbetet avsåg de lokala och regionala nivåerna, att HKB skulle användas i arbetet mot målet att verka för en god och jämlik hälso-utveckling, att ett underifrånperspektiv med invånargrupper varit centralt för utvecklingsarbetet.

⁴¹ Koivusalo, M, Santalahti, P. *Healthy Public Policies in Europe – Integrating Health in Other Policies*, Seminar Proceedings. GASPP OCCASIONAL PAPERS NO 6/1999. Helsinki 1999.

⁴² Lehto, J, Ritsatakis A. *Health Impact Assessment as a tool for intersectoral health policy: Discussion paper for the conference on "Health Impact Assessment: From Theory to Practice"*, Gothenburg 28-31 October 1999. Brussels. European Centre for Health Policy. 1999.

⁴³ Berensson, K. *Focusing on Health in the Political Arena*. Eurohealth 1998;4:34-36 1998

⁴⁴ National Assembly for Wales. *Developing Health Impact Assessment in Wales*. Cardiff (UK) 1999.

24.4 Fortsatt utvecklingsarbete

Det framtida utvecklingsarbetet inom området HKB kommer att vara beroende av gjorda erfarenheter och utvecklingen i samhället.

FN:s barnkonvention har fått stor genomslagskraft. Flera kommuner och landsting försöker för närvarande att samordna arbetet med HKB med barnkonventionen. Några kommuner tar t.ex. sin utgångspunkt för arbetet med miljökonsekvensbeskrivningar och några kommuner har börjat ett arbete med utgångspunkt från modellen för välfärdsbokslut.

Det är angeläget att fördjupa det vetenskapliga underlaget för HKB. Karolinska institutet har på Landstingsförbundets uppdrag vidareutvecklat det vetenskapliga underlaget för hälsans bestämningsfaktorer med särskild relevans för primär- och landstingskommunal verksamhet.

En utveckling mot jämlik hälsa har varit ett viktigt syfte i Folkhälsoprogrammets arbete. Invånargrupper var viktiga för att få till stånd ett "underifrånperspektiv" i utvecklingen av verktyget. Att engagera invånargrupper vid tillämpningen av HKB kan vara av stor betydelse. Man bör dock fråga sig hur dessa grupper skall väljas ut och vilken roll de skall ha samt vilka de skall representera.

Internationellt samarbete kommer att vara viktigt i framtiden. EU:s roll genom Amsterdamfördraget och förslaget till hälsostrategi samt WHO:s roll kommer med all sannolikhet att betyda mycket. Det svenska utvecklingsarbetet har väckt stort intresse men samtidigt har Sverige mycket att lära av de länder och institutioner som nu utvecklar området. Området är relativt nytt och mycket utvecklingsarbete återstår. Arbetet kan förhoppningsvis komma att spela en viktig roll i det framtida arbete för en bättre och mer jämlik folkhälsa.

25 Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser

25.1 Inledning

Syftet med offentlig verksamhet är att försöka uppfylla vissa mål som formulerats i politiska beslut så bra som möjligt med de resurser som ställs till förfogande. Ibland har t.ex. en diskussion tagits upp om samhället ekonomiskt vinner eller förlorar på rökarna. Rökare lever i genomsnitt 6,5 år kortare än icke-rökarna, vilket innebär att staten kan få ökade pensionskostnader om vi lyckas få folk att sluta röka. Å andra sidan är sjukdomsriskerna större för rökare än för icke-rökare, vilket kan innebära ökade kostnader. Även om de sammantagna kostnaderna eventuellt skulle bli högre om andelen rökare minskar kan detta inte vara ett argument för att avstå från förebyggande insatser. I så fall skulle konsekvensen vara att avstå från alla livräddande insatser av övre medelålders eller äldre personer vare sig det gäller behandlingsinsatser i sjukvården eller åtgärder för att främja trafiksäkerhet. Även om syftet med offentlig verksamhet inte är att spara pengar för stat, landsting eller kommun så finns det rättmätiga krav på att alltid försöka använda tillgängliga resurser på ett så effektivt sätt som möjligt. Detta gäller också för folkhälsopolitiska insatser.

Kommitténs uppdrag med avseende på ekonomi är kortfattat enligt direktiven att väga kostnaden mot nyttan av att genomföra olika folkhälsoinsatser och att föreslå finansiering av desamma.

Kommittén har mot den bakgrunden tidigt funnit det värdefullt att få belyst vad ohälsan kostar. Man har också velat veta vilka samhällsekonomiska analysmetoder som finns och hur dessa kan användas för studier av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Även kostnader respektive intäkter/effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser som kan betecknas som framgångsrika har setts som viktigt att få belyst. I den mån det finns exempel där kostnader respektive intäkter/effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser kan jämföras med andra insatser, t.ex. behandling, har även detta setts som intressant.

Kommitténs önskemål har sin grund i en uppfattning att ohälsan respektive kostnader för ohälsan kan minskas genom hälsofrämjande insatser och prevention av sjukdomar. Gjorda ekonomiska utvärderingar och nya utvärderingar kan antas stödja en sådan uppfattning.

Kommittén har under utredningstiden haft tillgång till en expertgrupp av personer från Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, den statliga sektorn samt forskningen i epidemiologi och hälsoekonomi med kompetens inom området ekonomisk analys av folkhälsoinsatser.¹ Gruppen har redovisat uppsatser bl.a. om metoder för ekonomisk analys av folkhälsoarbete och om ekonomiska utvärderingar av konkreta folkhälsoinsatser i en rapport till kommittén, Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser – en antologi om synsätt, utvärderingsmetoder m.m., underlagsrapport nr 16.

Föreliggande kapitel har sammanställts av kommitténs sekretariat. Underlaget för sammanställningen är i huvudsak material från den nämnda underlagsrapporten, men även annat material som har tagits fram av sekretariatet ingår.

I kapitlet redovisas några översiktliga uppgifter om vad ohälsan kostar samhället samt vilka metoder som finns för ekonomisk analys av folkhälsoinsatser. Vidare redogörs för ett antal utvärderingar som har gjorts i Sverige om kostnadseffektiviteten i olika insatser. Även kommitténs förslag till mål och åtgärder tas upp. Här framhålls att det är först när åtgärderna konkretiseras av olika huvudmän som det är möjligt att göra regelrätta ekonomiska utvärderingar av åtgärderna. Frågan om incitamentens betydelse för personers och organisationers handlande berörs. Kapitlet avslutas med en bedömning av angelägna ekonomiska aspekter på folkhälsoinsatser.

¹ Måns Rosén, ordförande, epidemiolog, professor, EpC, Socialstyrelsen, Gun Sundberg, sekreterare, nationalekonom, fil dr, Uppsala universitet, Kristina Burström, nationalekonom, doktorand, Karolinska institutet, Ulf G Gerdtham, nationalekonom, docent, Handelshögskolan i Stockholm, Andréas Hagnell, ekonom, Svenska Kommunförbundet, Lars Lindholm, hälsoekonom, docent, Umeå universitet, Bernt Lundgren, huvudsekreterare, ekonomisk historiker, Nationella folkhälsokommittén, Carl Hampus Lyttkens, nationalekonom, docent, Lunds universitet, Richard Murray, chefekonom, fil dr, Statskontoret, Anders Norlund, företagsekonom, fil dr, SBU, Birgitta Olsson, företagsekonom, fil dr, Stockholms universitet, Edward Palmer, enhetschef, professor, Riksförsäkringsverket, Bosse Pettersson, stabschef, Folkhälsoinstitutet samt Douglas Skalin, utredningschef, Landstingsförbundet.

25.2 Samhällsekonomiska kostnader för ohälsan

25.2.1 Inledning

Den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsan i Sverige kan uppskattas till ca 300 miljarder kronor år 1999.² Kostnaden består av både direkta och indirekta kostnader. I direkta kostnader ingår bl.a. kostnader för sluten vård, öppen vård och läkemedel. Indirekta kostnader består av bl.a. kostnader för produktionsbortfall, förtidspensioner och sjukpenning. Sjukdomar i rörelseorganen, psykiska sjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar kostar samhället mest.

Att beräkna samhällets kostnad ger ingen direkt vägledning för beslut om vilka insatser som skall göras för att minska ohälsan och kostnaderna. En sådan beräkning kan däremot ha ett värde genom att den antyder problemets storleksordning. Att ett visst folkhälsoproblem orsakar stora kostnader pekar på att de potentiella vinsterna av att sätta in åtgärder mot detta problem kan vara stora.

Utvecklingen av de äldres hälsa har utomordentligt stor betydelse för behoven av vård och omsorg. I bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000 har en analys gjorts av effekter på resursbehov av förändringar av ohälsa och funktionshinder bland de allt fler äldre som befolkningsprognoserna räknar med. Av redovisningen framgår bl.a. att vid en fortsatt positiv utveckling av de äldres hälsa så mer än halveras de demografiskt framskrivna behoven av insatser inom äldreomsorgen under perioden 2000–2030. För hälso- och sjukvårdens del sker också en kraftig begränsning av de demografiskt förväntade ökningarna av de äldres behov. Lika viktigt i sammanhanget är att en förbättrad hälsa hos äldre och en god samhällsekonomisk utveckling innebär att vårdbehoven inte blir oöverstigliga ekonomiskt sett.

Hur samhällsekonomin utvecklas påverkas också av hälsoutvecklingen inom den förvärvsaktiva delen av befolkningen. En fortsatt positiv utveckling av folkhälsan är inte given utan beror på hur människor väljer att leva enskilt och tillsammans. Det gäller i synnerhet de stora skillnaderna i hälsa mellan olika delar av befolkningen.

² Socialstyrelsen. *Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfall fördelat på sjukdomsgrupper 1980 och 1991*. Stockholm. Socialstyrelsen 1996. Uppskattningen av den samhällsekonomiska kostnaden år 1999 till 300 miljarder kronor är en uppräkningskostnad från år 1991 till 1999 års prisnivå.

De nationella mål som kommittén föreslår baseras på den kunskap som vi har idag om vilka faktorer i människors livsvillkor och levnadsvanor som är viktiga för hälsan. Genom att påverka dessa faktorer med olika åtgärder kan människors hälsa och funktionsförmåga förbättras.

25.2.2 Aktuella sjukförsäkringskostnader

Sjukfrånvaron har varierat kraftigt under 1990-talet. Antalet frånvarotimmar på grund av sjukdom i procent av vanligen arbetade timmar för anställda 16–64 år har under 1990-talet utvecklats enligt följande.³

	1990	1994	1997	1998	1999
Kvinnor	6,8	4,5	4,0	4,5	5,6
Män	5,0	3,1	2,4	2,7	3,6

I dagsläget sker det en snabb ökning av antalet sjukskrivningar. I maj 1999 var drygt 190 000 personer sjukskrivna. Denna siffra hade ökat till drygt 240 000 i maj år 2000. Även när sjukfallen studeras uppdelade på ärendelängd så har fallen ökat för varje kategori, dvs. i alla grupper från 1–14 dagar upp till mer än 731 dagar.

De samlade utbetalningarna från sjukförsäkringen uppgick år 1990 till 70 miljarder kronor. År 1997 hade utbetalningarna sjunkit till 52 miljarder. När man jämför med 1990 års siffror påverkas utfallet också av regelförändringar i form av införande av karensdag, ändring av sjuklöneperiod och ersättningsnivåer m.m. Vidare påverkas utfallet av antalet förvärsarbetande. Från år 1997 har kostnaderna ökat mycket kraftigt och uppgick år 1999 till drygt 63 miljarder. I summan ingår kostnader för sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliterings-sjukpenning. Därtill ingår kostnader för förtidspension och sjukbidrag inkl. ATP-kostnader för dessa förmåner.

Den utbetalda sjukpenningen har varierat kraftigt. År 1997 var kostnaden 15 miljarder kronor. År 1999 utbetalades knappt 25 miljarder kronor och nuvarande prognos från RFV är att under år 2000 kommer det att bli 32 miljarder kronor. Det betyder att på tre år har kostnaderna för sjukpenningen ökat med 17 miljarder kronor.

I dagsläget finns ingen statistik över sjukskrivningar fördelade på diagnoser, men en sådan statistik är under utarbetande genom Riksförsäkringsverket. I SOU 2000:72, Sjukförsäkringen – Basfakta och ut-

³ SCB:s Valfärdsbulletin 3/2000.

vecklingsmöjligheter, har man redovisat siffror uppdelade på diagnoser genom att använda den statistik som finns från AMF Försäkring. Försäkringen svarar för tilläggförsäkringar för anställda inom bl.a. SAF:s och LO:s privata avtalsområde samt kommuner och landsting. Uppgifterna avser ersättningar för sjukfall längre än 90 dagar. Man har gjort en uppdelning på diagnoser för fem huvudgrupper; mentala sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och övriga diagnoser. Gruppen "mentala sjukdomar" är en mycket vid grupp som innefattar stress, psykiska besvär, lättare och svårare depressioner, psykiska sjukdomar etc.

Fördelning av diagnoser skiljer sig åt mellan de olika sektorerna i huvudsak beträffande mentala sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Inom kommun- och landstingssektorn svarar fall med diagnosen mentala sjukdomar för 25 procent av fallen mot 11 procent inom SAF:s och LO:s privata avtalsområde. Rörelseorganens sjukdomar svarar för 64 procent av diagnoserna inom SAF/LO-området mot 49 procent i kommuner och landsting.

Mellan åren 1998 och 1999 har det skett en ökning av gruppen "Mentala sjukdomar". Denna ökning är särskilt markant inom kommuner och landsting. Där har andelen totalt ökat med 3,8 procentenheter. Inom SAF/LO-området är ökningen mindre och koncentrerad till gruppen kvinnor, där en ökning på knappt 2 procent har konstaterats.

25.2.3 Läkemedelskostnader

Kostnader för läkemedel har ökat markant under senare år. Från år 1993 till år 1999 har kostnaden stigit från drygt 10 miljarder kronor till drygt 19 miljarder kronor. Orsakerna till kostnadsökningen beror på ett flertal faktorer. En viktig orsak är att många sjukdomar kan behandlas allt effektivare med moderna läkemedel. Det gäller t.ex. astma, blödarsjuka, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, infektioner, magsår och vissa psykiska sjukdomar. En annan orsak är att det årligen i västvärlden satsas mångmiljardbelopp på läkemedel för att påverka hälsoproblem som i stor utsträckning förorsakats av olika livsstilar. I Sverige uppgick exempelvis kostnaden för läkemedel mot grav övervikt till 500 miljoner kronor under år 1999.

25.3 Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser⁴

Ekonomi står för att hushålla med och utveckla begränsade resurser. Med denna utgångspunkt blir det naturligt att en ekonomisk utvärdering både bör beakta och analysera effekter av och kostnader/resursuppföringar när det gäller åtgärder.

25.3.1 Hur kan effekterna mätas?

Effekterna på folkhälsan kan mätas i form av möjligheterna att förlänga livet (vunna levnadsår) eller förbättra livskvalitet (upplevt välbefinnande, funktionsförmåga etc.). En hel del arbete har lagts ned på att utveckla sammanfattande index som försöker väga ihop effekterna på livslängd och livskvalitet i ett mått. Exempel på sådana index är kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALY:s) eller index på sjukdomsburda (DALY:s) där såväl livslängd som livskvalitet eller funktionsförmåga vägs samman. I ett avseende är de varandras motsatser, dvs. QALY:s är ett positivt hälsomått på livskvalitet som skall maximeras medan DALY:s anger hälsoproblemets storlek genom förlorad funktionsförmåga och därmed skall minimeras. En annan skillnad mellan dessa index är att QALY:s bygger på individernas egna värderingar av sin hälsa medan DALY:s är en mer samlad bedömning av befolkningens sjukdomsburda.⁵ En närmare redovisning av QALY:s respektive DALY:s finns i kapitel 23.

Det finns både för- och nackdelar med index. Kvalitetsjusterade vunna levnadsår har t.ex. använts för att kunna rangordna effekter av olika åtgärder. En annan tänkbar fördel med ett index är att det precis som BNP inom ekonomin skulle kunna sätta hälsofrågor mer i fokus. Ett problem med index är att alla index bygger på en värdering/viktning av olika delkomponenter som inte alltid är kända eller tydliggjorda. Ett annat problem är att index inte ger någon vägledning om orsakerna,

⁴ Texten i avsnittet är hämtad från följande uppsats: Rosén M. Är det etiskt att vara ekonomisk? – några grundläggande synpunkter på hälsoekonomi och folkhälsofrågor. I: Nationella folkhälsokommittén. *Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser – en antologi om synsätt, utvärderingsmetoder m.m.* Underlagsrapport nr 16. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén 2000. I samma underlagsrapport finns en uppsats som belyser frågorna om ekonomisk analys av folkhälsoinsatser mer ingående: Lyttkens C H. *Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser.*

⁵ Kritiska synpunkter på DALYs redovisas i Lyttkens C H. *Time to disable DALYs? On the use of DALYs in health policy.* Paper presented at the 21st Nordic Health Economists' Study Group Meeting, Lund, August 2000.

dvs. information saknas om vilka åtgärder som är relevanta att vidta för att förbättra hälsan.

Individer kan värdera även andra välfärdskomponenter än att maximera hälsan, t.ex. tycka att det finns ett egenvärde i att hälsan om möjligt fördelas rättvist mellan olika befolkningsgrupper. Vi kan bli gladdare av att andra är friska. Experiment har visat att individer kan välja att avstå från en vinst om de upplever att vinsten är orättvist fördelad. Två tredjedelar av svenska landstingspolitiker har också förkastat en renodlad hälsomaximeringsprincip.⁶ De är beredda att avstå från en del av hälsovinsterna om ojämlikheter i hälsa mellan sociala grupper minskar.

25.3.2 Ekonomiska utvärderingsmetoder

I princip finns två huvudmetoder för samhällsekonomiska analyser; samhällsekonomiska kostnadsintäkts ("cost-benefit") analyser och kostnadseffektivitets ("cost-effectiveness") analyser.

I en cost-benefitanalys jämförs alla samhällsekonomiska intäkter och kostnader för en åtgärd. Alla effekter värderas i kronor och om kalkylen slutar på plus blir rekommendationen att åtgärden skall genomföras. Nyttan kan värderas med utgångspunkt i individers betalningsvilja för åtgärden eller som samhällets beräknade produktionsbortfall. Den senare metoden tillämpas numera sällan.

I kostnadseffektanalyser uttrycks effekterna inte i monetära termer utan i enheter som räddade levnadsår eller kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALY:s). Åtgärder med en låg kostnad per räddat levnadsår skall då prioriteras framför åtgärder med hög kostnad per vunnet levnadsår. Åtgärdena kan teoretiskt sedan rangordnas tills dess budgetramen är utnyttjad. På detta sätt skulle man då maximera hälsoeffekterna.

Försök pågår också med att utveckla hälsoindex som inte bara maximerar hälsoeffekter utan även väger in t.ex. politikerns värdering av att hälsan fördelas på ett mer rättvist sätt.

Teoretiskt har cost-benefitanalyser fördelen att man inkluderar alla tänkbara effekter och kostnader av en åtgärd, dvs. inte bara hälsoeffekter utan även andra aspekter som individerna värderar. Ett exempel på det är fysisk aktivitet, där individen även kan uppleva andra effekter än hälsoeffekter av motionerandet, t.ex. att det är roligt att röra sig, att välbefinnandet ökar efter motionerandet och att man blir mer

⁶ Lindholm L., Emmelin M., Rosén M. Health maximization – rejected – the view of Swedish politicians. *Eur J Public Health* 1997;7:405–10.

fysiskt attraktiv. I praktiken är det betydligt svårare och man har ofta avstått från att ta hänsyn till alla effekter. Det finns också metodologiska problem med betalningsvillighetsmetoder och erfarenheterna av dessa metoder är fortfarande mycket begränsade. Kostnadseffektanalyser har nackdelen att de bara tar hänsyn till hälsoeffekter, men de har fördelen att hälsoeffekter oftast är baserade på vetenskapligt väl dokumenterade studier.

25.3.3 Lönar det sig alltid att satsa ytterligare resurser på förbättringar? – en fråga om nytta på marginalen

Många åtgärder kännetecknas av att det är möjligt att i början uppnå relativt goda effekter med måttliga insatser, men att det sedan blir allt svårare att få goda effekter utan att göra stora resursupoffringar. Detta är en generell iakttagelse som rör de flesta verksamheter. Marginalkostnaderna, t.ex. den extra kostnad som måste satsas för att rädda ytterligare ett liv, blir allt högre ju mer resurser som satsas på en viss verksamhet. Att använda resurserna på ett alternativt sätt blir allt attraktivare. Trafiksäkerhetsarbetet kan tas som ett exempel. I Sverige har trafiksäkerhetsarbetet varit mycket framgångsrikt och antalet dödsfall i trafiken har sjunkit under en lång period trots att biltrafiken ökat kraftigt i omfattning. Den s.k. "nollvisionen" har också mött mycket positiv uppmärksamhet som ett mål eller en vision. Men, vad är konsekvensen om den skulle genomföras fullt ut i praktiken? En studie har uppskattat att kostnaderna för att genomföra "nollvisionen" i praktiken skulle vara så höga att nettoeffekten blev 1200 extra dödsfall.⁷ Denna beräkning bygger på resonemanget att samhället måste avstå satsningar på andra områden där möjligheterna att rädda liv skulle vara mer kostnadseffektiva.

Marginalkostnadsanalyser kan alltså ge vägledning om hur mycket resurser som skall satsas på en verksamhet. En annan ofta förekommande slutsats vid jämförande marginalkostnadsanalyser blir ofta att det inte är fråga om "antingen ...eller" av två alternativ utan om "både och" till en viss nivå.

⁷ Elvik R. Can injury prevention efforts go too far? Reflections on some possible implications of Vision Zero for road accident fatalities. *Acc Analysis Prev* 1999;31:265–86.

25.3.4 Är det svårare att utvärdera folkhälsoarbete än sjukvård?

Det finns en hel del generella metodologiska problem med att jämföra resultaten från hälsoekonomiska utvärderingsstudier. Ett skäl är att man ofta använder olika metodik, dvs. inkluderar eller exkluderar kostnads-komponenter på olika sätt, att diskonteringsfaktorn varierar eller att utfallsvariablerna är olika. I vissa studier är det vetenskapliga underlaget väl underbyggt, i andra inte. Jämförelser mellan studier som genomförts i olika länder försvåras av att kostnadsnivåerna varierar.

När det gäller utvärderingar av befolkningsinriktat folkhälsoarbete finns en hel del specifika metodproblem. Förebyggande arbete som bedrivs ute i samhället kan inte utvärderas enligt samma strikta kriterier som utvärdering av behandlingsmetoder. Utvärderingsmetodiken måste anpassas efter möjligheterna. Folkhälsoarbete har i utvärderingssammanhang samma svårigheter som utvärdering av samhällsekonomiska åtgärder eller politiska beslut. Det är t.ex. inte möjligt i befolkningsinriktat förebyggande arbete att genomföra randomiserade försök eller att välja kontrollområden som inte påverkas av en mängd faktorer utanför studiens kontroll. Folkhälsoarbetet kan också ha spridningseffekter utanför den befolkningsgrupp som programmet riktar sig till. Dessa eventuella positiva bieffekter är svåra att uppskatta och försvårar möjligheterna att statistiskt se tydliga nettoeffekter av en viss åtgärd. Folkhälsoarbetets fördelar, dvs. att insatserna kan ha spridningseffekter till andra befolkningsgrupper, är utvärderarens dilemma.

25.4 Vad vet vi om kostnadseffektiviteten i folkhälsoinsatser? – inventering av genomförda studier⁸

Något generellt svar är svårt att ge när det gäller kostnadseffektiviteten i folkhälsoinsatser. En del insatser är mycket kostnadseffektiva, andra lönar sig antagligen inte. Få utvärderingar av folkhälsoarbete har gjorts i Sverige och de som har gjorts har inte alltid inkluderat en hälsoekonomisk analys.

⁸ Texten i avsnittet är hämtad från följande uppsats: Lindholm L. Vad vet vi om kostnadseffektiviteten i folkhälsoinsatser? – inventering av svenska och utländska studier. I: Nationella folkhälsokommittén. *Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser – en antologi om synsätt, utvärderingsmetoder m.m.* Underlagsrapport nr 16. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén 2000.

Kommitténs expertgrupp för ekonomisk analys av folkhälsoinsatser gjorde under våren 1998 en inventering av svenska kostnadseffekt- och cost-benefit analyser gjorda efter år 1980, men också en mer översiktlig inventering av internationella studier.

25.4.1 Strategier för att identifiera studier

A. Svenska studier

Med utgångspunkt i en folkhälsovetenskaplig tolkning av begreppet "framgångsrik prevention" har ett antal områden eller sektorer men också enskilda exempel inringats (tabell 25.1). Dels gäller det områden som har utformats med stor hänsyn till folkhälsan (t.ex. alkoholpolitik), dels gäller det enskilda interventioner som anses framgångsrika (t.ex. "Fimpa till varje pris", Norsjöprojektet).

Inom dessa policyområden eller sektorer har ekonomiska analyser sökts dels genom förfrågningar till sektorsmyndigheter och forskningsinstitutioner och dels genom de inofficiella kontaktnät expertgruppen har.

B. Utländska studier

Inventeringen har avgränsas till översiktsartiklar och andra sammanställningar av ekonomiska analyser. Särskilt intresse har ägnats åt studier som behandlar de hälsopolitiska frågor som lyfts fram i kommitténs delbetänkande (SOU 1998:43).

Tabell 25.1. Områden för litteratursökning.

Tobaksprevention (Fimpa till varje pris)
Alkoholprevention
Narkotika
Yttre miljö
Arbetsmiljö
Trafiksäkerhet
Livsmedelshygien
Barnhälsovård och mödrahälsovård
Preventiv tandvård
Skolhälsovård
Hjärt- och kärlprojekt (Norsjöprojektet)
Skadeprevention
Psykisk ohälsa
Hälso- och sjukvård (allmänt)

25.4.2 Resultat av litteratursökning

Tobak

Det finns ett mycket stort antal ekonomiska analyser av tobak, och aktuella översikter görs på svenska av Magnusson och Lyttkens⁹ och på engelska av Cohen and Fowler¹⁰. Skälen till att området lockat så många författare är flera; det handlar om ett stort hälsoproblem, det är komplicerat att analysera både ur ekonomisk och epidemiologisk synvinkel och det finns moraliska övertoner ("rökare får skylla sig själva").

De ekonomiska analyserna kan grovt indelas i grupper:

- cost-of-illness studier
- effekter av beskattning
- kostnader och effekter av information, rökslutarhjälpmedel (t.ex. nikotin-tuggummi) etc.

Det finns några svenska cost-of-illness studier från början på 80-talet och det finns ett stort antal utländska. Somliga har diskuterat om rökare eller icke-rökare har större livstidskostnader för sjukvård.

Nästa grupp är de som studerar effekter av beskattning. Populationen delas i regel upp i subgrupper (kön, ålder, inkomst etc.) och sedan uppskattas priselasticiteten¹¹ för respektive grupp. Vissa studier försöker också beräkna den optimala beskattningens storlek.

I den tredje gruppen utvärderas någon specifik insats. Den kan ges på individnivå, såsom läkares råd att sluta röka. Den kan också vara befolkningsinriktad, som den svenska kampanjen "Fimpa till varje pris".

Möjligheterna att generalisera utländska studier till Sverige kan diskuteras. Vi vet att det skiljer sig åt avsevärt i rökprevalens, prisnivå, beskattning och kulturellt klimat och det finns därför anledning till försiktighet vid tolkningen.

⁹ Magnusson K. & Lyttkens C.H. Beskatta, informera eller reglera? Om effekterna av tobakspolitiska åtgärder, *Socialvetenskaplig tidskrift* 1995;2: 26-38.

¹⁰ Cohen D. & Fowler G.H. Economic Implications of Smoking Cessation Therapies. A Review of Economic Appraisals. *Pharmacoeconomics* 1993;4:331-344.

¹¹ Priselasticiteten är procentuell förändring i efterfrågan vid en procents prisetförändring.

Det finns en relativt ny svensk kostnadseffektanalys av kampanjen "Fimpa till varje pris".¹² Under hösten 1988 genomfördes kampanjen första gången i Sverige. Idén var att efter utländsk förebild arrangera en "rökslutartävling", och i detta fall var första pris en resa till Hawaii. Deltagare rekryterades framför allt genom massmedia, och totalt 12 840 personer deltog i tävlingen.

Kampanjen utvärderades efter 12 månader genom en postenkät till ett slumpmässigt urval av deltagarna. Antalet vunna levnadsår bland de som slutat beräknades, liksom kostnader för kampanjen. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknades ligga i intervallet 1 500 till 10 000 kronor, dvs. kampanjen bedömdes som mycket kostnadseffektiv.

Alkohol

Alkoholstudierna kan indelas i ungefär samma grupper som tobaksstudier, fast kvantiteten är långt mindre. Aktuella översikter finns i Berggren och Lindgren.^{13,14}

Det finns svenska cost-of-illness-studier¹⁵ men dessa bedöms vara av litet intresse i detta sammanhang.

Vad gäller kostnadseffekt- och cost-benefit-analys så finns sådana i den internationella litteraturen, men de tycks i regel handla om behandling av alkoholism.

Vad som sades under förra avsnittet om tobaksstudiers generaliserbarhet gäller i lika hög grad alkoholstudier. För granskningen har därför två svenska studier valts ut, och båda handlar om primärvårdens råd till högkonsumenter av alkohol. Metoderna är emellertid olika. I ena fallet används vårdkostnadsmetoden¹⁶ och i andra fallet görs en kostnadseffektanalys¹⁷.

¹² Tillgren P., Rosén M., Haglund B.J.A., Ainetdin T., Lindholm L., Holm L.-E., Cost-effectiveness of a tobacco "Quit and Win" contest in Sweden. *Health Policy* 1993;26:43-53.

¹³ Berggren F. & Lindgren B. *Bruket av alkohol. En översikt av den ekonomiska forskningen*. Studier i hälsoekonomi 11, Lunds universitet 1995.

¹⁴ Berggren F. & Lindgren B. Alkohol – är det något för ekonomer? *Socialvetenskaplig tidskrift* 1995;4:298-315.

¹⁵ Johnson A. *Hundra miljoner kostar supen*. Stockholm, Sober, 1991.

¹⁶ Andreasson S. *Försök till belysning av de möjliga effekterna av individuella insatser från primärvårdens sida att förebygga alkoholmissbruk*. SOU 1994:26, bilaga 3.

¹⁷ Lindholm L. Alcohol advice in primary health care – is it a wise use of resources? *Health Policy*, 1998; 45:47-56.

Kostnadseffektanalysen visar i sammanfattning följande: Det är övertygande visat att ”hög” konsumtion av alkohol är förenat med högre dödlighet och sjuklighet än ”måttlig” konsumtion. Det är också visat att råd från allmänläkare att minska konsumtionen från hög till måttlig har betydande effekter. I studien beräknas hur dödligheten och sjukvårdskonsumtionen kan förväntas påverkas av råd från allmänläkare. Förändringar i dödlighet mäts i vunna levnadsår medan förändringar i vårdkonsumtion mäts som besparingar. Kostnaden för att genomföra interventionen beräknas också. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknas under ett flertal olika förutsättningar. Om cirka 10 procent följer läkarnas råd blir konsekvensen förebyggda dödsfall och besparingar i hälso- och sjukvård, men även om bara 1–2 procent minskar konsumtionen så blir kostnadseffektiviteten acceptabel.

Narkotika

Inga ekonomiska analyser av planerade eller genomförda interventioner har identifierats. Dock finns studier som diskuterar vilka metoder som borde användas vid sådan utvärdering.¹⁸

Trafiksäkerhet

Trafik är den samhällssektor där erfarenheten av ett systematiskt skadeförebyggande arbete troligen är störst och där ekonomiska analysmetoder länge använts.

Resultaten från projektet ”Samhällsekonomisk prioritering av trafiksäkerhetsåtgärder” publicerades 1990.¹⁹ Syftet med projektet var att ta fram en metod för samhällsekonomisk prioritering av trafiksäkerhetsåtgärder, och med stöd av den metoden föreslå och rangordna de åtgärder som krävs för att uppnå trafiksäkerhetsmålen till lägsta möjliga kostnad.

I 1989 års trafiksäkerhetsprogram kvantifierades vissa mål. Antalet döda år 2000 borde vara cirka 200 färre och antalet skadade cirka 5 000 färre än år 1988. Detta ställdes mot en prognos för vägtrafiken, som visade att om inget ytterligare görs kommer antalet dödade och skadade att öka fram till år 2000. För att nå trafiksäkerhetsmålen krävs därför

¹⁸ Plotnik R. Applying Benefit-cost Analysis to Substance Use Prevention Programs. *The International Journal of Addiction* 1994; 29:339-359.

¹⁹ Hedman K-O., Stenborg L. *Samhällsekonomisk prioritering av trafiksäkerhetsåtgärder*. Huvudrapport. TFB & VTI forskning/research 7, 1991.

åtgärder som reducerar det årliga antalet dödade med 400 och skadade med 8 200 i förhållande till denna prognos.

En expertgrupp föreslog ett stort antal åtgärder samt bedömde att dessa var tillräckliga för att reducera antalet döda med 400 år 2000. Däremot bedömde man att skademålet inte var möjligt att nå, ens om alla diskuterade åtgärder genomfördes. Man föreslog därför att målet omprövades. Det kan noteras att den väsentligaste åtgärden var hastighetsbegränsningar, vilka förväntades svara för $\frac{3}{4}$ av nedgången i dödlighet. Merparten av den samhällsekonomiska kostnaden var tidskostnader och annat som inte belastade budgeten.

Vidare konstaterade expertgruppen att de förslag som skulle genomföras på marginalen hade en kostnad på 15–20 miljoner per förebyggd dödsolycka. Mot den bakgrunden föreslog gruppen att värdet av att förhindra olyckor borde räknas upp; för dödsfall till 15 miljoner.

Sammantaget finns 25–30 svenska analyser av olika trafiksäkerhetsåtgärder.

Arbets- och boendemiljö

Betydelsen av miljö har diskuterats länge, och det finns en mängd exempel på att arbetsmiljöer har förbättrats. De ekonomiska analyserna är dock förbluffande få till antalet. Ett svenskt arbete rymmer fyra fallstudier rörande åtgärder mot cancerrisk, och en av dessa har valts ut för värdering.²⁰ Det är dock svårt att dra slutsatser i fråga om kostnadseffektiviteten i dessa åtgärder då studierna har metodbrister.

Internationellt finns ett ganska stort antal kostnadseffektanalyser av olika åtgärder (gränsvärden, rening etc.) som syftar till att minska exponeringen för giftiga ämnen.²¹ Resultaten är heterogena och i den gruppen finns åtskilliga exempel på mycket höga kostnader per vunnet år. Där återfinns också mycket kostnadseffektiva åtgärder som att reducera blyhalten i bensin.

Det andra exemplet gäller skolmiljöer och allergier, och kan representera hela problemet med inomhusmiljöer och den växande prevalensen av allergier.²² Studien saknar emellertid empiriskt underlag och

²⁰ Westermarck T. *Några fallstudier rörande åtgärder mot cancerrisk*. Underlagsmaterial till Cancerkommitténs arbete, DsS 1984:1.

²¹ Teng T. m.fl. Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Analysis* 1995;15:369–390.

²² Persson U., Svarvar P., Ödegaard K. *Samhällsekonomiska kostnader avseende allergiska besvär för barn/vuxna i Sverige 1983–1993*. Folkhälsoinstitutet och IHE 1994.

måste betraktas som räkneexempel. Andra svenska studier som gäller boendemiljöer behandlar radon och elektrisk säkerhet.²³

Skadeprevention

I skador brukar inräknas såväl oavsiktliga som avsiktliga skador/olycksfall, självmord och förgiftningar. Dödligheten på grund av skador har minskat på senare år men fortfarande är detta den vanligaste dödsorsaken upp till 40 år.

Skador är vanliga och kostnaderna betydande. I Motala med 41 000 invånare beräknades samhällskostnaden till drygt 110 miljoner för ett års skador.²⁴ Vidare är orsakssambanden relativt lätta att kartlägga (is utan sand, trösklar, lösa mattor, dålig sikt etc.), orsakerna borde vara relativt lätta att påverka och latenstiden kort. Vidare är de allra flesta skador icke-dödliga och påverkar inte behovet av sjukvård i framtiden (risken för hjärtinfarkt är oberoende av händelsen stukad fot). Sammantaget har dessa förutsättningar skapat en uppfattning om att skadeprevention är ytterst kostnadseffektivt.

Det har dock varit svårt att hitta ekonomiska utvärderingar av gjorda interventioner. En studie är från Stockholm läns landsting och är närmast en plan för en intervention.²⁵ De ovan beskrivna förväntningarna kommer här till uttryck. Den andra studien gäller våld mot hotade kvinnor, och om det kan förebyggas med ett säkerhetspaket.²⁶ Den tredje studien gäller prevention av fotbollsskador.²⁷ Den studiens styrka är att den prospektivt registrerade skador i lag som lottats till intervention respektive kontroll.

²³ Ramsberg J. & Sjöberg L. *The cost-effectiveness of lifesaving interventions in Sweden*. Risk Research Report No 24, Centre for risk research, Stockholm School of Economics, 1996.

²⁴ Lindvist K. & Brodin H. *One-year Economic Consequences of Accidents in a Swedish Municipality*. Avhandling, Linköping.

²⁵ Andersson R., Hökby A., Karlsson A., Torell U., Svanström L. *Investering i säkerhet, en säker investering!* SLL Svart Rapport 232, 1993.

²⁶ Ramsberg J. och Sjöberg L. *The cost-effectiveness of lifesaving interventions in Sweden*. Risk Research Report No 24, Centre for risk research, Stockholm School of Economics, 1996.

²⁷ Ekstrand J., Gillquist J., Lysholm J., Möller M., Öberg B. Kraftig minskning av fotbollsskador efter införande av profylaktiskt program. *Läkartidningen* 1983;80:1803–1809.

Yttre miljö

Vad gäller miljö och naturfrågor finns ett antal svenska studier av betalningsvilja, och här har en som handlar om grundvatten valts ut till närmare beskrivning och värdering.²⁸

Det andra exemplet är en kostnadseffektanalys som gäller strålning från elektromagnetiska fält.²⁹ Kostnaden per förebyggt dödsfall blir i det fallet flera hundra miljoner kronor. Det är dock troligt att interventionen hade effekter ("stilla oro") som inte fångas av effektmåttet vunna levnadsår.

Länsstyrelse, landsting och kommuner i Skåne har i november 1997 presenterat "Miljörelaterade folkhälsomål för Skåne". I dessa beräknas hur olika exponeringar orsakar förluster mätta i QALY:s per 1 000 invånare. Kostnader för interventioner är ännu inte beräknade.

Det finns en rapport från Statens strålskyddsinstitut (SSI) som heter "Vad får skydd mot strålning och andra risker kosta?".³⁰ I den redovisas följande tumregler. Kostnaderna är marginalkostnader för att uppskjuta ett allvarligt skadefall:

<i>Mkr</i>	<i>Bedömning</i>
mindre än 5	Ytterst angeläget att genomföra skyddsinsatsen
5–25	Angeläget att genomföra skyddsinsatsen, särskilt om kostnaden för skyddet är i undre delen av intervallet och samhällets totala kostnad för skyddet är måttligt
större än 25	SSI kräver inte denna sorts insatser annat än om det finns speciella skäl

²⁸ Silvander U. *Betalningsvillighetsstudier för (sportfiske och) grundvatten i Sverige*. Institutionen för ekonomi, Sveriges Lantbruksuniversitet, licenciatavhandling 1991.

²⁹ Ramsberg J. och Sjöberg L. *The cost-effectiveness of lifesaving interventions in Sweden*. Risk Research Report No 24, Centre for risk research, Stockholm School of Economics, 1996.

³⁰ Bengtsson G. (red). *Vad får skydd mot strålning och andra risker kosta?* Statens strålskyddsinstitut, 1992.

Livsmedelshygien

Två exempel har identifierats från området. Det ena gäller radon i dricksvatten³¹ och det andra gäller livsmedelshygien³².

Sverige anses ha en mycket god livsmedelshygien i jämförelse med andra europeiska länder. Frågan har blivit mycket aktuell efter EU-anslutningen och problemen med galna ko-sjukan. Under senare tid har också beslag av salmonellasmittade livsmedel blivit omskrivna, främst importerat kött från Frankrike.

Bakgrunden är att salmonella är ett stort problem i många länder. De hälsomässiga och ekonomiska konsekvenserna av matförgiftning kan vara betydande. Sjukdomarna kan på lång sikt leda till kroniska tillstånd och funktionsnedsättningar, inkomst- och produktionsförluster. Detta har lett till att omfattande offentliga kontrollprogram genomförs för att förhindra smittspridning. I studien jämförs kostnaderna för kontroll och sjukdom orsakad av salmonella i två länder, Sverige och England. Den svenska kontrollen är mer omfattande än den engelska vilket leder till lägre sjukdomskostnader. Å andra sidan har Sverige högre kontrollkostnad. När kostnad för kontroll och sjukdom summeras ligger Sverige högre än England.

Preventiv tandvård

Internationellt finns en del kostnadseffektanalyser och en översikt finns i Akehurst and Sanderson 1993. I Sverige pågår en omfattande ekonomisk analys av prevention, men inga kostnadseffektresultat har rapporterats ännu.³³

De svenska studier som identifierats är en cost-benefit analys av fluoridering av vatten³⁴ och en studie som behandlar preventionsstrate-

³¹ Ramsberg J. och Sjöberg L. *The cost-effectiveness of lifesaving interventions in Sweden*. Risk Research Report No 24, Centre for risk research, Stockholm School of Economics, 1996.

³² Persson U., Jendteg S. *The Economic Impact of Poultryborne Salmonellosis – How Much Should be Spent on Prophylaxis?* IHE Working paper 1991:7.

³³ Oscarsson N., Källestål C., Karlsson G. *Methods of the Evaluation for Dental Care Costs in the Swedish Public Dental Care*. Accepterad för publicering i *Community Dent. Oral Epidemiology* 1997.

³⁴ SOU 1980:13 *Lönar det sig att tillsätta fluor i dricksvattnet?* Rapport till Fluorberedningen.

gier för högriskpatienter³⁵. Båda studierna är relativt gamla och torde inte vara helt relevanta i dag.

Mödrahälsovård

Någon svensk kostnadseffekt- eller cost-benefit analys av mödrahälsovård har inte identifierats. Det finns dock en studie som jämför kostnader för och kvalitet i privat respektive offentlig mödrahälsovård.³⁶

Medicinska Forskningsrådet och SBU arrangerade 1990 en konferens om mödrahälsovårdens vetenskapliga grund. Den förebyggande mödrahälsovårdens rutinprogram utvecklades för mer än 50 år sedan i England. I Sverige har följsamheten till programmet varit i det närmaste total, och praktiskt taget alla gravida gör ett stort antal (>10) rutinbesök vid mödravårdscentral. Numera har denna uppläggning kommit att ifrågasättas, och ”Det står klart att stora delar av mödravården inte vilar på vetenskapligt underlag utan på sedvänja”.³⁷

En viktig del av mödrahälsovården är att påverka den blivande mammans levnadsvanor och det finns ett antal utländska studier av kostnadseffektivitet i rökavvänjning under graviditet. En av dessa³⁸ valdes ut för värdering. Forskning har visat att rökning under graviditeten ökar risken för att barn föds för tidigt med alltför låg vikt och att dessa barn ofta måste vårdas vid särskilda neonatalavdelningar. Randomiserade försök har visat att kvinnor som slutar röka tidigt under graviditeten reducerar risken för tidig födsel. Rökvanorna under graviditeten kan påverkas genom särskilda insatser från hälso- och sjukvårdens sida. I studien jämförs kostnaden för sådana insatser med de besparingar som skulle göras när andelen för tidigt födda barn minskar. Studien visar att besparingarna är cirka 3 gånger större än kostnaderna.

³⁵ Peterson T., Löfgren C., Holm A-K. Selektion av riskpatienter inom barn- och ungdomsvården. En modell för samhällsekonomisk lönsamhetsberäkning. *Tandläkartidningen* 1983;75:885–891.

³⁶ Jonsson D. och Husberg M. *Utvärdering av vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland. Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet.* CMT-rapport 1991:1.

³⁷ Lindmark G., Cnattingius S. Bättre individanpassning i framtida mödravård. Rutinkontroller vilar på svag vetenskaplig grund. *Läkartidningen* 1991;88:333.

³⁸ Marks J.S., Koplan J.P., Hogue C.J.R., Dalmat M.E. A Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Analysis of Smoking Cessation for Pregnant Women. *American Journal of Preventive Medicine* 1990;6:282–289.

Barnhälsovård och skolhälsovård

Det är svårt att hitta exempel på ekonomiska analyser av barnhälsovård och skolhälsovård. Möjligen är vaccinationer ett undantag, men dessa studier utfördes i regel före 1980.

Det är möjligt att barnhälsovård och skolhälsovård, i likhet med mödravård, är mer baserade på tradition än på vetenskapliga studier. Finns inga studier av effekter så är det svårt att åstadkomma ekonomiska analyser.

Två svenska studier har dock identifierats. Den ena är ett hypotetiskt screeningprogram i anslutning till barnets födelse, syftande till tidig upptäckt av allergi.³⁹ Den andra är en analys av scoliosscreening i skolhälsovården.⁴⁰

Atopi eller atopisk allergi innebär en ärvd disposition att utveckla överkänslighet och denna form av allergi förmedlas via speciella cellfixerade och blodburna anti-kroppar som tillhör immunglobulinklass E (IgE). De vanligaste symptomen vid atopisk allergi är hösnuva, astma, eksem, nässelutslag samt mag- och tarmbesvär. I ett blodprov från navelsträngen kan IgE-halten mätas, och en hög halt är förenad med en ökad sannolikhet för allergi. Det är också möjligt att senarelägga debuten av allergi om blodprov tas. I studien summeras kostnader för screening och behandling, och man finner att en särskild screening ger en besparing på cirka 20 miljoner om den genomförs i hela landet.

Samhällsbaserad hjärt- och kärlprevention

Under 1970- och 1980-talen startades ett flertal storskaliga försök med samhällsinriktade program mot hjärt- och kärlsjukdom (bl.a. Nordkarelen, Minnesota, Stanford Three Cities, Stanford Five Cities, Pawtucket, HeartBeat Wales). Under 80-talet följdes dessa av en rad småskaliga, primärvårdsbaserade projekt i Sverige. Ett uthålligt (startade 1985 och pågår fortfarande) och väl utvärderat projekt bedrivs i Norsjö, Västerbotten. Om projektet har skrivits ett flertal vetenskapliga artiklar, flera doktorsavhandlingar varav några med hälsoekonomisk inriktning. En kostnadseffektanalys som också rymmer fördelnings-

³⁹ Hjalte K., Croner S., Kjellman M. Cost-effectiveness of neonatal IgE-screening for atopic allergy before 7 years of age. *Allergy* 1987;42:97-103.

⁴⁰ Montgomery F., Persson U., Benoni G., Willner S., Lindgren B. Screening for Scoliosis. A Cost-Effectiveness Analysis. *Spine* 1990;15:67-70.

aspekten⁴¹ och en willingness-to-accept studie⁴² beskrivs och värderas. Projektet syftade till att påverka hela befolkningen, och tyngdpunkten i interventionen riktades mot matvanor. En del i projektet var att varje år hälsoundersöka och ge individuella råd till alla personer som det året fyllde 30, 40, 50 eller 60 år. Andra delar i projektet var att märka ”nyttiga” livsmedel med en särskild symbol, att påverka matsedeln i skola och daghem etc. I föreliggande studie har kostnader för och effekter av projektet beräknats. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknas i flera alternativ. I huvudalternativet beräknas kostnaden till 10–20 000 kronor per vunnet levnadsår, dvs. interventionen är mycket kostnadseffektiv. Man visade också att kostnadseffektiviteten var lika god i alla sociala grupper.

Översikter inom området finns i den brittiska rapporten ”Health of the Nation”, i SBU-rapporten ”Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturöversikt” och i en avhandling.⁴³

Health of the nation gör en översikt över såväl prevention som behandling, men cirka 10 av de analyserade åtgärderna kan räknas till folkhälsoområdet. Dels analyseras kostnadseffektivitet, dels något som kallas för ”target-effectiveness”. Det innebär att en viss åtgärds kapacitet att påverka uppfyllandet av vissa nationella folkhälsomål analyseras.

SBU-rapporten har granskat ett antal utländska projekt ur den storskaliga generationen (inget svenskt ingår). Från dessa projekt har bara en kostnadseffektanalys publicerats, och den handlar om insatserna i Nordkarelen mellan 1972 och 1977.^{44,45}

⁴¹ Lindholm L., Rosén M., Weinehall L., Asplund K. Cost-effectiveness and equity of a community-based cardiovascular disease prevention programme in Norsjö, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996;50:190–195.

⁴² Lindholm L., Rosén M., Hellsten G. Are people willing to pay for a community-based preventive program. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1994;10:317–324.

⁴³ Lindholm L. *Health Economic Evaluation of Community-Based Cardiovascular Disease Prevention*. Avhandling, Umeå Universitet 1996.

⁴⁴ Nissinen A., Tuomilehto J., Kottke T.E., Puska P. Cost-effectiveness of the North Karelia Hypertension Program. *Medical Care* 1986;24:767–781.

⁴⁵ Nissinen A., Tuomilehto J., Enlund H., Kottke T. Costs and benefits of community programmes for the control of hypertension. *Journal of Human Hypertension* 1992;6:473–479.

Prevention av psykisk ohälsa (depression)

Under 1970-talet var incidensen av självmord hög, men har sedan sjunkit och ligger nu på 50-talets nivå.⁴⁶ En viktig orsak till självmord är depression. Ett svenskt exempel inriktat mot tidig upptäckt och bättre behandling av depression har identifierats – en intervention på Gotland som genomfördes på 80-talet. Den är förhållandevis väl dokumenterad i en doktorsavhandling, och ett av delarbetena är en ekonomisk analys.⁴⁷ En utbildning för alla allmänläkare på Gotland som syftade till att tidigt upptäcka och bättre behandla depression genomfördes. Efter utbildningen gjordes en utvärdering. Konsumtion av läkemedel och slutenvård följdes liksom förekomsten av självmord. Konsekvenserna blev mycket goda, antalet självmord halverades och kostnaderna för slutenvård minskade med flera miljoner.

Läkemedelsbehandling av hypertoni

De exempel som valts ut på ekonomisk analys av hälso- och sjukvård är läkemedelsbehandling av högt blodtryck. Skälen är tre: för det första torde läkemedelsbehandling av högt blodtryck vara den största enskilda teknologin i sjukvården. Beräkningar från Västerbottens läns landsting visar att den är nästan dubbelt så resurskrävande som kranskärlskirurgi, trots att Västerbotten är ett landsting med ett mycket högt antal operativa ingrepp per 100 000 invånare. För det andra så finns det flera svenska och ett stort antal utländska ekonomiska analyser. För det tredje är rökslutarprogram och samhällsbaserad hjärt- och kärlprevention i viss mån substitut.

De studier som valts ut är svenska, en kostnadseffektanalys publicerad i en SBU-rapport och en willingness-to-pay studie från 1991.⁴⁸

Kostnadseffektanalysen visade följande: för att behandla hypertoni finns en rad olika läkemedelsgrupper och ett stort antal olika läkemedel. Dessa kostar olika och har olika effekt. Riskvinsten vid läkemedelsbehandling beror på blodtryckets nivå, ålder, kön och förekomst

⁴⁶ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm: Socialstyrelsen 1997.

⁴⁷ Rutz W., Carlsson P., von Knorring L., Wålinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85:457–464.

⁴⁸ Johannesson M., Jönsson B., Borgquist L. Willingness to pay for anti-hypertensive therapy – Results from a Swedish pilot study. *J of Health Economics* 1991;10: 461–474.

av andra riskfaktorer. I studien beräknas kostnadseffektiviteten för olika läkemedel vid olika blodtrycksnivåer, demografiska förhållanden och förekomst av övriga riskfaktorer. Beräkningarna visar att det är mycket kostnadseffektivt att behandla äldre personer med hög risk, samt att det är ineffektivt att behandla yngre med låg risk. De marginella kostnadseffektkvoterna som bildas vid jämförelse mellan billiga och dyra läkemedel är regelmässigt höga.

25.4.3 Slutsatser

Våra kunskaper om kostnadseffektivitet eller samhällsekonomisk lönsamhet i svenskt folkhälsoarbete är begränsade. Alla sektorer utom trafiksäkerhet representeras av enstaka svenska studier, och kvaliteten är ojämn. Några av studierna är vetenskapliga artiklar och resten är rapporter/liknande. Generellt sett håller de vetenskapliga artiklarna bättre kvalitet. Ett annat generellt drag är att insatser där hälso- och sjukvården har spelat en väsentlig roll är bättre utvärderade.

Det finns exempel på kostnadseffektivt folkhälsoarbete och på motsatsen. Det är därför inte möjligt att fälla generella omdömen om folkhälsoarbete, lika lite som det är möjligt att fälla generella omdömen om sjukvård. Det förnuftigaste är därför att kritiskt granska folkhälsoarbetet och sjukvård, för att sedan kombinera de bästa delarna från de båda områdena.

25.5 Kommitténs mål och åtgärder – några synpunkter med avseende på en ekonomisk analys

Kommittén har valt att sätta mål för bestämningsfaktorer för hälsa och att formulera utmaningar/åtgärder som olika aktörer bör genomföra för att påverka bestämningsfaktorerna – och i förlängningen folkhälsan.

Från hälsoekonomisk synpunkt är det mot den bakgrunden angeläget att veta dels hur olika bestämningsfaktorer enskilt och tillsammans påverkar människors hälsa, dels hur olika åtgärder påverkar bestämningsfaktorerna. Det finns alltså två led i påverkan; åtgärd – bestämningsfaktor respektive bestämningsfaktor – hälsoutfall.

Ledet bestämningsfaktor – hälsoutfall är epidemiologernas kompetensområde. Dessa redovisar sambanden och hur stora hälsoeffekterna blir för individ, grupp eller befolkning när bestämningsfaktorerna påverkas i olika grad.

Ledet åtgärder – bestämningsfaktorer ligger närmare ekonomens praktik. Ekonomens bekymmer i sammanhanget gäller åtgärdernas precision. För att beräkningar skall kunna göras måste åtgärderna vara konkreta och tydliga med avseende på

- de bestämningsfaktorer som avses (t.ex. fysisk aktivitet),
- de åtgärder det handlar om (t.ex. information, utbildningsinsatser, förändringar i utemiljön, gruppverksamhet med promenader),
- de grupper som åtgärderna riktar sig till (t.ex. yngre personer 15-19 år eller äldre personer 65-74 år)
- den omfattning åtgärderna bör ha för att nå effekt (t.ex. att nå 75 procent av åldersgruppen)
- de nivåer som är inblandade (t.ex. nationell, regional och lokal nivå),
- de aktörer som skall stå för insatserna (t.ex. statliga verk, landsting, kommuner och organisationer),
- de resurser som kan förutsättas behövas för att insatserna skall kunna genomföras och få resultat (t.ex. personella resurser),
- konsekvenser av åtgärderna i termer av kostnader eller intäkter för de aktörer som skall genomföra åtgärderna respektive andra aktörer.

De utmaningar/åtgärder som kommittén redovisar i anslutning till de hälsopolitiska målen är i allmänhet övergripande till sin karaktär och behöver konkretiseras av de aktörer som avses genomföra dem. En ekonomisk analys av åtgärderna är möjliga att göra först när en sådan konkretisering är gjord.

Något försök till en ekonomisk analys av kommitténs mål och utmaningar/åtgärder skall av detta skäl inte göras här. Rent allmänt kan dock sägas att det förefaller möjligt att utveckla många olika kostnadseffektiva konkreta åtgärder med utgångspunkt från de utmaningar/åtgärder som redovisas. För att klargöra vilka åtgärder som är kostnadseffektiva krävs dock flera steg, alltifrån att utarbeta och pröva åtgärder till att följa upp och utvärdera dessa från effekt- och kostnadsynpunkt.

25.6 Incitament i folkhälsopolitiken

Incitament är vad en organisation eller en person upplever sig vinna eller förlora på att företa en viss handling. Incitament kan finnas både som *pekuniära* incitament i form av materiella belöningar/förluster och som *immateriella* incitament i form av framgång/motgång i något avseende. Förbättrad hälsa är ett immateriellt incitament, medan en 1000-

kronorssedel som en tonåring får av sina föräldrar för att inte börja röka är ett pekuniärt incitament. Man kan också räkna med "ideella" incitament, exempelvis att en yrkesgrupp, en ideell förening eller liknande, som har folkhälsa som mål och är beredda att arbeta för detta, och t.ex. upplever bättre folkhälsa som en belöning.

Incitament styr beteende och är därmed viktiga i ett ekonomiskt perspektiv. I den tidigare nämnda underlagsrapporten från kommitténs expertgrupp för ekonomisk analys diskuteras incitament i relation till folkhälsoarbete.⁴⁹ Politikens incitament för folkhälsoinsatser berörs liksom problemet att vissa beteenden som påverkar hälsan negativt samtidigt är lustfyllda. Vidare tas upp att många aktörer sysslar med annan verksamhet än folkhälsa och att folkhälsa i många fall är en sidosyssla. Problemet att få många aktörer att samverka kring folkhälsofrågorna berörs också.

25.6.1 Vissa problem från incitamentssynpunkt

Ett politiskt problem?

Folkhälsa skiljer sig inte från många andra politiska verksamheter i det avseendet att vinsterna kommer senare än kostnaderna och att de tillfaller hela eller stora delar av befolkningen. I vissa situationer kan vinster av offentliga verksamheter vara starkt koncentrerade till en liten grupp – en lobbygrupp t.ex. – och de pekuniära eller ideella incitamenten vara starka. Men i vanliga fall – en bättre skola, bättre sjukvård, bättre bostäder, starkare försvar etc. – är vinsterna små för var och en av medborgarna men tillfaller å andra sidan alla.

Även om det således är samma situation för förebyggande hälsoarbete som för många andra offentliga verksamheter bereder detta vissa problem. Politiska partier kan uppleva att de inte tjänar röster på frågan om vinsterna inte uppfattas som tillräckligt stora och uppenbara – särskilt i förhållande till de möjliga vinsterna på andra områden. Det finns alltid akuta problem att ta hand om där effekterna visar sig snabbt.

Om vinsterna å andra sidan uppfattas som tillräckligt stora kan det ändå vara svårt att bilda opinion om vinsterna är utspridda. Det kan paradoxalt nog också vara svårt att bilda opinion om alla tjänar på åtgärderna. Om det är en grupp som tjänar medan en annan förlorar på

⁴⁹ Murray R. Incitament i folkhälsoarbetet. I: Nationella folkhälsokommittén. *Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser – en antologi om synsätt, utvärderingsmetoder m.m.* Underlagsrapport nr 16. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén 2000.

åtgärderna leder det vanligen till en partipolitisk motsättning, vilket gör att frågan uppmärksammas. Eljest kan frågan glömmas bort. Det finns också en risk att vissa grupper som är svaga från lobbysynpunkt – och som samtidigt är en minoritet – glöms bort av alla.

Lustfyllt risktagande

Ett annat problem från incitamentsynpunkt är att vissa ohälsosamma beteenden är förenade med lust och positiva upplevelser, t.ex. rökning, alkohol, fet mat, stillasittande, oskyddade sexuella kontakter m.m. För att ändra sådana beteenden krävs en uppoffring eller att individen ändrar uppfattning om det positiva med upplevelserna.

De riskfaktorer som inte är förknippade med positiva upplevelser är lättare att reducera än de som är förknippade med sådana upplevelser. Alla livsmedelstillsatser, kemikalier i arbetslivet, miljöföroreningar etc. som *enbart* innebär en ökad risk för sämre hälsa mobiliserar kraftiga opinioner. Kraftledning är ett utmärkt exempel. Oron för cancer till följd av elektromagnetiska fält må vara hur oklart bekräftad som helst: kostnaden för att gräva ned ledningen bärs inte av de som kan känna sig oroade. Därför kan man räkna med en stark opinion för nedgrävning. De riskfaktorer som däremot är förknippade med positiva upplevelser är svårare att påverka.

Många aktörer sysslar med annat

Ett annat problem är att det är många organisationer som måste bidra till en bättre hälsa, organisationer som har helt andra huvuduppgifter och inte alla gånger är medvetna om betydelsen av sina verksamheter för människors hälsa.⁵⁰ Förebyggande arbete kan bedrivas av skolor och universitet, som har undervisning som sin huvuduppgift, sjukhus, som har akutsjukvård som sin huvuduppgift, fritidsverksamhet, som har sociala aktiviteter som sin huvuduppgift, socialförvaltning, som har försörjningsproblem som sin huvuduppgift, arbetsförmedling, som har sysselsättning som sin huvuduppgift. Arbetsgivare har ansvar för en god arbetsmiljö, men har dagliga konkurrenskrav att klara. Risken finns att förebyggande insatser inte prioriteras i det korta perspektivet.

Idrottsföreningar, pensionärsföreningar m.fl. har verksamheter som är gynnsamma för människors hälsa, men skulle kanske kunna arbeta

⁵⁰ Måns Rosén, *Snacka går ju – om hälsopolitikens villkor*, i *Hur ska sjukvården räcka till?*, Landstingsförbundet (1995).

mer medvetet förebyggande. Miljöorganisationer, vissa patientföreningar och andra organisationer har en tydligt förebyggande inriktning. Aspekter på organisationernas förebyggande roll redovisas i kapitel 20.

De få offentliga organisationer som har direktkontakt med medborgarna och som också har som huvuduppgift att verka för förebyggande hälsovård är bl.a. mödra- och barnhälsovården.

För aktörer som inte har folkhälsa som en huvuduppgift finns problemet att ekonomiska resurser för förebyggande insatser ofta saknas. Det finns således inga pekuniära incitament för ett sådant arbete.

Att dra åt samma håll

Mängden myndigheter och andra organisationer som skall samverka utan att någon har ett klart och överordnat ansvar är ett problem när det förebyggande arbetet skall bedrivas. Samordning löses av marknaden genom prisbildning. När prismekanismer saknas – så som är fallet inom den offentliga sektorn – måste samordningen teoretiskt sett bygga på endera av två principer: spontan samordning eller hierarkisk styrning. Den spontana samordningen fungerar ibland – det finns en del bra exempel på det i t.ex. statsförvaltningen – men är beroende av besjälade organisationer, goda personrelationer och inte minst positiva incitament och kan därför också lätt förbytas i sin motsats – revirstrider. Hierarkisk styrning är utesluten mellan myndigheter. Samordningen mellan myndigheter måste regeringen och departementen sköta, vilket de inte alltid har kapacitet till. Däremot fungerar den hierarkiska styrningen i förhållandet mellan statliga myndigheter och kommuner och landsting. Tillsyn, inspektioner, viten, specialdestinerade statsbidrag m.m. är medel för att utöva denna styrning.

Att incitamenten är betydelsefulla vittnar landstingen om. Inget vore naturligare än att landstingen, som har hälso- och sjukvård som huvuduppgift, också ägnade sig åt förebyggande hälsovård. Det görs i viss utsträckning, men den korta sikten dominerar ofta. Att ta hand om de patienter som knackar på akutmottagningens eller vårdcentralens dörrar upplevs som så oerhört mycket angelägnare än att minska antalet patienter i framtiden. ”Tacksamma patienter” är i sig en belöning. Den belöningen får varken doktorn eller landstingspolitikern av den som ännu inte är sjuk och inte behöver söka sjukvård.

Brist på kunskap om metoder

Många både politiker och tjänstemän har en vilja att bedriva förebyggande arbete, men kan sakna kunskap om hur detta skall göras. Det finns fortfarande en brist när det gäller enkla handböcker, checklistor, material m.m. Detta påverkar intresset för att genomföra åtgärder.

25.6.2 Ökade möjligheter genom förbättring av infrastrukturen för folkhälsoarbete

Intresset för folkhälsofrågor har varit stort under de senaste åren. Det märks inte minst genom det programarbete kring folkhälsofrågor som Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har varit engagerade i under åren 1995–1998. Detta arbete har i sin tur följts upp av landsting och kommuner och har utvecklats konkret av dessa i många fall. Det märks också genom de nätverk för lokalt folkhälsoarbete som har utvecklats under samma period. Medias bevakning av hälsofrågor är omfattande. Begreppet folkhälsa är flitigt använt, vilket är en ”nyhet” under de allra senaste åren. Det ökande intresset samt att Nationella folkhälsokommittén lämnar förslag till nationella mål för folkhälsan bör var en god grund för ett fortsatt intresse bland såväl politiker, tjänstemän som allmänhet att utveckla folkhälsofrågorna.

För att stärka incitamenten för folkhälsoarbete behövs flera åtgärder. Kunskapen om bestämningsfaktorer för hälsa behöver öka bland beslutsfattare, tjänstemän och allmänhet. Indikatorer med vilka man kan avläsa hur olika åtgärder påverkar bestämningsfaktorerna bör anpassas och kompletteras så att de passar för det sammanhang som avses.

Hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut bör etableras och tillämpas regelmässigt när besluten har en sådan karaktär att någon gruppns hälsa kan påverkas. Fler bör få utbildning respektive fortbildning i folkhälsofrågor. För personer som utexamineras från folkhälsovetenskaplig utbildning är det angeläget att kunskaperna kan nyttiggöras genom att det går att finna tjänster.

Särskilda resurser bör avsättas för folkhälsoarbete antingen detta består av att lyfta fram vissa aspekter i ordinarie verksamheter i ett folkhälsooperspektiv eller att utveckla särskilda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter.

Andra insatser som stärker incitamenten för folkhälsoarbete är att detta samordnas dels internt hos respektive huvudman, dels mellan olika huvudmän, att handlingsprogram för olika arenor och bestäm-

ningsfaktorer utformas och att det arbete som görs följs upp och utvärderas.

25.7 Bedömning

Utöver det lidande och de sociala effekter som ohälsa i olika former kan ha för dem som är drabbade innebär ohälsa också ekonomiska förluster för den enskilde och för samhället. De samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsan i Sverige har beräknats till ca 300 miljarder kronor år 1999. Det är mot den bakgrunden angeläget att behandla och rehabilitera personer som är sjuka men också att försöka förebygga konkreta sjukdomar och att främja förutsättningarna för människor att bevara och stärka sin hälsa.

Svensk och internationell forskning om preventiva åtgärder visar att det finns åtgärder som är kostnadseffektiva och väl värda att satsa på också från ekonomisk utgångspunkt. Utvärderingarna av preventiva åtgärder är dock fortfarande relativt få till antalet jämfört med utvärderingar av vård- och behandlingsinsatser. För att få fram fler effektiva åtgärder är det angeläget att forskningen och metodutvecklingen inom området ökar.

Kommitténs målförslag och utmaningar är inte möjliga att utvärdera ekonomiskt för närvarande. För att få förslagen utvärderade behövs att indikatorerna som används preciseras i det sammanhang där åtgärder med inriktning på målen avses att genomföras. Vidare bör åtgärderna specificeras och kostnadsberäknas för att en utvärdering skall kunna ske. Det är mot den bakgrunden angeläget att arbetet hos olika huvudmän för att uppnå målen redan från början beaktar behovet av uppföljning och utvärdering. Hänsynstagande bör i det avseendet tas till att omfattningen på insatserna är tillräckligt omfattande för att utvärdering skall vara möjlig.

Vid utformning av åtgärder bör uppmärksammas i vilken mån olika incitament finns. Det är särskilt angeläget att fördelningen av kostnader respektive intäkter/minskade kostnader av åtgärder uppmärksammas, särskilt om effekterna blir olika för olika huvudmän. Det bör också uppmärksammas i vilken utsträckning folkhälsoinsatserna behöver baseras på egna budgetmedel.

Utvärderingar av folkhälsoinsatser är problematiska i det avseendet att det är svårt att göra jämförelser mellan försöksområden och kontrollområden i det avseendet att kontrollområdet ofta påverkas av sådant som genomförs i försöksområdet. I t.ex. Nordkarelenprojektet nådde information som fördes ut via TV inte bara Nordkarelen utan även kontrollområdet Kuopio. Skillnaden i mätbara förändringar i

sjuklighet/dödlighet mellan försöks- och kontrollområdet blev på så sätt underskattad. Utvärderingar inom folkhälsoområdet behöver utvecklas från metodsynpunkt.

Kortsiktiga kostnader för särskilda insatser som behövs för att förbättra den folkhälsovetenskapliga kompetensen, stödja en uppbyggnad av hälsoplaneringsprocessen, etablera metodcentra, informera om kommitténs olika förslag etc. har inte diskuterats i detta kapitel. En redovisning görs direkt i slutbetänkandets kapitel 7.

26 Kunskaps- och forskningsbehov

26.1 Inledning

Nationella folkhälsokommittén beslöt i början av år 2000 att inrätta en särskild arbetsgrupp¹ med uppgift att klargöra kunskaps- och forskningsbehov som framkommit i underlagen till den nationella strategi för folkhälsan som kommittén föreslår. I uppdraget ingick även att om möjligt göra en översiktlig genomgång av aktuell folkhälsoforskning och nuvarande forskningsmiljöer, inklusive folkhälsovetenskaplig utbildning i Sverige. Förutom tillägg under rubriken 26.3 ”Kunskaps- och forskningsbehov” bygger detta kapitel i huvudsak på den rapport, ”Kunskaps- och forskningsbehov för folkhälsopolitik och folkhälsoarbete”, underlagsrapport 17, som arbetsgruppen överlämnade till Nationella folkhälsokommittén i juni 2000. Kommitténs sekretariat har sammanställt materialet.

Definition

Inom det folkhälsovetenskapliga området studeras sambanden mellan social struktur, omgivande miljö, levnadsvanor och uppkomsten av sjukdom och ohälsa. Tillämpningsområden är sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt utformning av vårdorganisation.

¹ I arbetsgruppen för Folkhälsovetenskap har ingått professor Christer Hogstedt, Arbetslivsinstitutet såsom ordförande och Ph.D. Anna Hedin, Folkhälsoinstitutet som sekreterare. Övriga experter i arbetsgruppen har varit professor Peter Allebeck, Göteborgs universitet, professor Finn Diderichsen, Karolinska institutet, professor Göran Ejlertsson, Högskolan i Kristianstad, professor Kerstin Ekberg, Hälsouniversitetet i Linköping, professor Sven-Olof Isacson, Lunds universitet, docent Gunilla Jarlbro, Lunds universitet, docent Carl Hampus Lyttkens, Lunds universitet, professor Töres Theorell, Institutet för psykosocial medicin och Karolinska institutet, docent Per Tillgren, Karolinska institutet, professor Stig Wall, Umeå universitet, universitetslektor Bengt Wramner, Mälardalens högskola och med.dr Pirooska Östlin, Karolinska institutet.

Området är tvärvetenskapligt vilket förutsätter samarbete mellan forskare med hemvist i olika vetenskapliga discipliner. Till den folkhälsovetenskapliga kärnan räknas socialmedicin, miljömedicin, arbetsmiljöforskning, epidemiologi samt hälso- och sjukvårdsforskning, men nödvändig kompetens finns också inom samhälls- och beteendevetenskap, omvårdnadsforskning, hälsoekonomi, medicinsk etik, vetenskapsteori, statskunskap m.fl.

26.2 Folkhälsoforskningens struktur

26.2.1 Universitet, högskolor och sektorsforskningsorgan

Forskning med beteckningen folkhälsovetenskap bedrivs vid ett tiotal universitet och högskolor i Sverige, där det samtidigt finns utbildning inom området. Forskningsområdet är multidisciplinärt och spänner över många samhällsområden och forskningsinriktningar. De flesta universitet har ett antal forskargrupper med en samlad kompetens. Ett par högskolor har forskningsprogram med beteckningen folkhälsovetenskap.

Bland de folkhälsovetenskapligt relevanta sektorsforskningsinstituten dominerar Arbetslivsinstitutet resurs- och budgetmässigt. Institutet för psykosocial medicin har också omfattande verksamhet, delvis inom arbetslivsområdet. Smittskyddsinstitutet har tydliga uppgifter inom sitt område liksom Brottsförebyggande rådet, Institutet för miljömedicin och Livsmedelsverket. Institutet för miljömedicin bedriver omfattande forskning men är en organisatorisk del av Karolinska institutet och räknas traditionellt inte till sektorsforskningsinstituten.

Ett samlat intryck är att det finns oro för de minskade fasta anslagen vid universiteten till folkhälsovetenskaplig forskning. En allt större del av anslagen kommer från externa anslagsgivare, där inriktningen styrs av utannonserat forskningsområde.

Folkhälsovetenskaplig forskarutbildning, med denna benämning, bedrivs främst vid universitetens medicinska fakulteter och Nordiska Hälsovårdshögskolan, även om en mångfald kurser och doktorandarbeten vid andra fakulteter och högskolor har starka folkhälsovetenskapliga inslag. Även vid de medicinska fakulteterna är gränsdragningarna svåra när det gäller vad som skall räknas som folkhälsovetenskaplig forskarutbildning. Grundforskning, som förvisso kan ha stor betydelse för det förebyggande arbetet, har inte medtagits i denna rapport eftersom studerande här knappast skulle uppfatta sig som folkhälso-doktorander.

I denna snäva mening förefaller det finnas ca 300 doktorander i folkhälsovetenskapens kärnområde och ca 40–50 avhandlingar per år kan antas produceras. En långsam men stabil utbyggnad har skett under 1990-talet.

Det finns en stor bredd i det folkhälsovetenskapliga forskningsarbetet. För en positiv utveckling inom området är behovet av kraftsamling framträdande. De enskilda universitetens och högskolornas kompetens skulle på ett bättre sätt kunna utnyttjas, om en koncentration skedde kring de egna specialiteterna även i forskarutbildningen. Grundutbildning på kandidatnivå samt vidareutbildning på magisternivå ges med lite olika inriktning vid ett antal högskolor och universitet. Den därpå följande forskarutbildningen är i behov av en så god specialisering som möjligt. Genom att koncentrera och samla kompetenser inom forskarskolor, skulle kvaliteten i den folkhälsovetenskapliga forskarutbildningen, och därmed på sikt även forskningen, kunna höjas

26.2.2 Finansiärer av folkhälsoforskning

Att göra beräkningar på de totala forskningsanslagen är mycket komplicerat. Anledningen till detta är att det finns en rad olika finansiärer till forskningen. En beräkning från år 1998 kom fram till att den sammanlagda FoU-finansieringen år 1998 uppgick till 58,5 miljarder kronor. Av detta svarade staten för 29 procent, näringslivet för 65 procent och andra finansiärer för ca 6 procent.

Inom folkhälsovetenskapen har den arbetslivsinriktade forskningen i särklass störst resurser. Det förefaller som att detta område får ca hälften av de samlade folkhälsovetenskapliga resurserna.

Forskningsråd och forskningsstiftelser

De forskningsråd som främst stödjer folkhälsoforskning är Rådet för arbetslivsforskning (RALF), Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), Humanistiska-Samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR), Forskningsrådsnämnden (FRN), Medicinska forskningsrådet (MFR), Vårdalstiftelsen, samt Bygghälsningsrådet (BFR).

Riksdagen har beslutat att en ny myndighetsorganisation för forskningsfinansiering skall inrättas (prop. 1999/2000:81, UbU 1999/2000:17, rskr. 1999/2000:257). Beslutet som bygger på regeringens proposition, Forskning för framtiden – en ny organisation för forskningsfinansiering, innebär att tre nya forskningsråd och en FoU-

myndighet inrättas fr.o.m. den 1 januari 2001. Ett av de nya forskningsråden är Vetenskapsrådet, vars främsta uppgift skall vara att ge stöd till grundläggande forskning av högsta vetenskapliga kvalitet inom samtliga vetenskapsområden.

Av särskilt intresse ur folkhälsovetenskaplig synpunkt är *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap*. Detta råd skall överta dels de ansvarsområden som för närvarande handhas av Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), dels delar av de ansvarsområden som handhas av Rådet för arbetslivsforskning (RALF). SFR och RALF skall avvecklas.

Myndigheter

Statliga myndigheter har generellt ett relativt stort inflytande över folkhälsoforskningen. Det finns flera myndigheter som har forskning som huvuduppgift.

Det finns även andra myndigheter som bedriver forskning inom folkhälsoområdet, men inte har det som sin huvudsakliga uppgift. Exempel på sådana myndigheter är Socialstyrelsen, Vägverket, Statens strålskyddsinstitut och Statens livsmedelsverk.

Somliga myndigheter är viktiga som finansiärer av folkhälsoforskning. Det kanske främsta exemplet på en sådan myndighet är Folkhälsoinstitutet. Andra exempel på viktiga finansierande myndigheter är Socialstyrelsen, Skolverket, Naturvårdsverket och Statens strålskyddsinstitut (SSI).

Kommuner och landsting

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har under våren 2000 tagit fram ett underlag för en gemensam forskningsstrategi för kommunsektorn. Inriktning för forskningen skall vara att främja förutsättningarna för demokrati och självstyre, samhällsekonomisk tillväxt och välfärd. Exempel på sådana frågeställningar som berör folkhälsoområdet är hälsoekonomi, epidemiologi och folkhälsovetenskap, som bättre skall kunna användas i beslutsfattande på politisk, administrativ och klinisk nivå.

Förutom stöd till FoU-verksamheter och stiftelser har även enskilda landsting och kommuner i ökad omfattning börjat ge ett direkt stöd till den egna högskolan eller universitet. Merparten av dessa satsningar ligger utanför folkhälsoområdet, men det finns undantag. Exempel på detta är den professur i folkhälsovetenskap vid Mithögskolan som

landstinget Västernorrland beslutat bekosta och den professur i hälso-pedagogik som föreslagits i Gävleborg.

Andra finansiärer av folkhälsoforskning

EU finansierar folkhälsoforskning främst inom de så kallade ramprogrammen. I det nu gällande ramprogrammet finns stöd till folkhälsoforskning inom delprogrammet "Livskvalitet och förvaltning av levande resurser". De mest relevanta forskningsområdena är; kost, näring, hälsa, miljö och hälsa, bekämpning av virus- och infektionssjukdomar, bioteknik inom hälso-, miljö- och jordbruksområdet, den åldrande befolkningen, förbättrade sjukvårdssystem och bekämpning av drogrelaterade problem.

Förutom de statliga forskningsråden stödjer även Cancerfonden, Hjärt-Lungfonden och Riksbankens Jubileumsfond forskning inom bl.a. det folkhälsovetenskapliga området. Även vissa statliga företag stödjer viss forskning av folkhälsokaraktär, t.ex. Apoteket AB och Systembolaget.

26.2.3 Folkhälsoforskningens ekonomiska omfattning

Anslagen till folkhälsoforskningen är betydligt mindre än anslagen till den medicinska forskningen. Statistiska Centralbyrån uppger att 1997 utdelades till universitet och högskolor för medicinsk, odontologisk och farmaceutisk forskning cirka 4,2 miljarder kronor² varav endast en mindre del kommer från de statliga forskningsråden.

En uppskattning av det totala anslaget till folkhälsoforskningen i Sverige kan inte bli annat än schematisk på grund av områdets komplexitet och avgränsningsproblem. En beräkning skulle dock kunna se ut på följande vis:

Rådet för arbetslivsforskning, RALF, har årligen delat ut omkring 100 miljoner kronor för FoU inom arbetsmiljöområdet. Inom det socialvetenskapliga, socialpolitiska och folkhälsopolitiska området avsätts årligen cirka 200 miljoner kronor inom Socialdepartementets område för forskning inom dessa områden. Drygt hälften av dessa medel till forskning slussas via Socialvetenskapliga forskningsrådet

² Statistiska Centralbyrån. U13 SM 9901. Forskning och Utveckling inom universitet och högskolor läsåret 97/98.

(SFR).³ SFR tilldelar forskningsmedel inom områdena omsorg, välfärd och folkhälsoforskning. År 1999 beviljades av SFR totalt drygt 24 miljoner kronor till området folkhälsoforskning.⁴

Landstingens FoU-medel (hälso- och sjukvårdsforskning) uppgår till cirka 1,5 miljarder kronor (1994)⁵ varav uppskattningsvis 10 procent går till FoU inom folkhälsoområdet.

Med en vid definition av begreppet folkhälsoforskning uppgår det sammanlagda stödet som RALF, SFR och andra forskningsfinansiärer delat ut årligen till cirka 300 miljoner kronor årligen för detta område. Av denna summa går minst en tredjedel till arbets- och miljörelaterad forskning. Arbetshälsoforskningen har också de största fasta resurserna genom Arbetslivsinstitutet.

Folkhälsoforskningen motsvarar sannolikt mindre än 10 procent av den offentligt finansierade medicinska forskningen och mindre än 1 procent av de totala FoU-bidragen i Sverige.

26.3 Kunskaps- och forskningsbehov

Folkhälsoforskningen har givit omfattande kunskapsunderlag för folkhälsoarbetet, men självfallet finns ytterligare kunskaps- och forskningsbehov, inte minst därför att samhällsutvecklingen ständigt reser sådana.

Det finns behov av att i större grad integrera ett genderperspektiv (genusperspektiv) i folkhälsoforskningen. Behovet av ett genderperspektiv är särskilt stort för områden inom interventionsforskningen. Det är även nödvändigt att ge stöd till teori- och metodutveckling inom genderforskningen.

Eftersom många av våra folksjukdomar är socialt betingade är en av folkhälsoarbetets viktigaste uppgifter att angripa de sociala skillnaderna. Vi har t.ex. bristande kunskap om hur människor i olika sociala positioner förmår dra nytta av och tillgodogöra sig samhällets hälsoinformation. Den svenska maktutredningen betonade att det främst är de högtbildade och medelklassen som tar för sig och drar nytta av samhällets olika erbjudanden. Gäller det i så fall också folkhälsoinsatser och skall man tolka de ökade sociala ohälsoklyftorna som ett uttryck för folkhälsoarbetets allmänna struktur? Kräver jämlik hälsa ett

³ Budgetpropositionen för år 2000. Utgiftsområde 12–19. Socialdepartementet. Stockholm.

⁴ Socialvetenskapliga Forskningsrådet. 1999 Årsredovisning. Stockholm.

⁵ Statistiska Centralbyrån. U16 SM 9901. Rapport om forskning och utveckling inom landstingen, 1994.

ojämlikt förebyggande? Vilka hälsopolitiska slutsatser kan vi dra av den nu väl dokumenterade ojämlikheten i hälsa inom och mellan länder och av att ojämlikheten i sig tycks vara en riskfaktor, dvs. av att det tycks vara riskablare att vara fattig bland rika än bland gelikar?

Arbetsliv

Utslagningen i arbetslivet liksom lågt inflytande och negativ stress är tydliga hälsorisker. Det behövs kunskaper om hur arbetsmarknadens förändringar påverkar hälsan. Detta är särskilt viktigt med tanke på risken för social exkludering och utanförskap som drabbar stora grupper i Europa.

Det är också angeläget att förbättra våra kunskaper om vad *arbetsmarknadens förändringar* innebär för de grupper som har en svag ställning på arbetsmarknaden, och som därmed riskerar att få en bristande anknytning till socialförsäkringssystemet. Frågorna om huruvida vi idag kan se tecken på tilltagande marginaliseringstendenser, och mekanismerna bakom att nya grupper, bl.a. invandrare, utestängs från arbetsmarknaden är mycket angelägna. Detta gäller även dessa gruppers ekonomiska trygghet. De ekonomiska trygghetssystemens funktionssätt för dessa grupper behöver uppmärksammas ytterligare. Av särskild vikt är studier av metoder för integrering av invandrare i arbetslivet.

Till frågan om samband mellan välfärdssystem hör även frågan om *sjukskrivningen*. Kunskaperna behöver öka väsentligt när det gäller sambandet mellan sjukskrivning och ohälsa. Det finns indikationer på att sjukskrivningar ibland sker förhållandevis slentrianmässigt. Senare års ökade rapportering om den ökande "sjuknärvaron" tyder emellertid även på att sjukskrivningar i vissa fall sker för restriktivt.

Arbetsmiljöproblem som belastningsskador, allergier, hörselskador och exponering för vibrerande verktyg fortsätter att vara betydande och de eventuella riskerna med en ökad exponering för elektromagnetiska fält måste undersökas ytterligare.

Företagshälsovård och rehabilitering. Antalet anställda inom företagshälsovården har minskat kraftigt under 1990-talet. Samtidigt har förtidspensioneringen varit omfattande och under de senaste åren har sjukskrivningen ökat drastiskt. Kunskapen om hur ett effektivt, förebyggande arbetshälsoarbete skall bedrivas är ringa och någon "företagshälsovårdsforskning" bedrivs praktiskt taget inte. Även yrkesrehabiliteringsforskningen har liten omfattning och kunskaperna om framgångsrik yrkesrehabilitering är fragmentarisk.

Arbetsorganisation. Kunskaper behövs för att kunna eliminera sådana riskfaktorer som negativ stress, psykisk och fysisk belastning av högt arbetstempo som nya arbets- och anställningsförhållanden kan medföra. Betydelsen av medarbetarnas inflytande på arbetets inriktning och organisering i tid och rum för hälsotillståndet bör undersökas. Ständiga omorganisationer och minskad motivation är mycket viktiga faktorer när det gäller stressrelaterade problem inom bl.a. vården och skolan. Kunskapen om effekterna av olika arbetstider måste prioriteras. Hittills har forskningen varit alltför svepande. Man måste relatera övertidsarbete till arbetsinnehåll och styrningsmöjligheter för att det skall bli möjligt att få fram meningsfull kunskap. Trötthet och återhämtning är viktiga aspekter, bl.a. ur säkerhetssynpunkt.

Arbete – hemliv. För att vi skall få morgondagens samhälle att fungera behöver vi mera kunskap om samspelet mellan hemliv och arbetsliv. För att föräldrar skall kunna fungera i sina barnfostrande roller på ett optimalt sätt måste vi ha mera kunskap om hur arbetslivet skall anpassas till barnens behov. På detta område har det funnits mycket liten aktivitet i forskningen.

Vid sidan av den traditionellt inriktade arbetsmiljöforskningen bör man också prioritera forskning och utveckling kring *implementering av en offentlig arbetsmiljöpolitik*. I detta arbete bör ingå såväl förebyggande och föregripande insatser som utveckling och anpassning av arbetsplatser för anställda som drabbats av arbetskada, genomgått rehabilitering eller av andra skäl har nedsatt arbetsförmåga. Det kan även vara angeläget att studera möjligheten för äldre att stanna kvar i arbetslivet till och efter pensionsåldern.

Ekonomisk trygghet

Då försörjningsvillkoren har försämrats för många grupper under 1990-talet är det också viktigt att bygga ut den svenska forskningen som finns rörande olika sätt att definiera och mäta fattigdom.

Mot bakgrund av detta behöver den svenska forskningen fördjupa sin kunskap kring bl.a. följande områden med fokus på orsakssamband:

- Spridning av ekonomisk standard och hälsoutfall.
- Erfarenhet av ekonomiska svårigheter inkl. skuldsättning och hälsoutfall.
- Inkomstförändringar och hälsoutfall.
- Tillfälliga anställningars försörjnings- och hälsoeffekter.
- Kompetensutveckling i arbetet och hälsoutfall.

- Synergieffekter mellan låg ekonomisk standard och andra variabler, t.ex. arbetslöshet och tillfälliga anställningar, å ena sidan och hälsoutfall å andra sidan.

Forskning bör också byggas ut med avseende på att få fram underlag för prioriteringar av folkhälsoinsatser. Det kan gälla beräkningar av DALYs och riskDALYs för befolkningen som helhet och delgrupper, t.ex. yrkesgrupper. Forskningen bör därtill ta steg framåt när det gäller interventionsstudier så att kunskap genereras om insatser som är effektiva dels i bemärkelsen goda hälsoutfall respektive påverkan på bestämningsfaktorerna för hälsa, dels med avseende på de ekonomiska resurser som används vid insatserna.

Stödjande miljöer

Studier av socialt kapital innebär forskning som på samhällsnivå undersöker hur utvecklingen av folkhälsan relaterar till olika samhällsförhållanden. Denna typ av studier behövs för att komplettera den mer individinriktade forskningen. Den epidemiologiska och samhällsorienterade folkhälsoforskningen behöver främjas för att ge en bättre kunskapsbas för mer strukturellt inriktade folkhälsoinsatser. En viktig metodutveckling pågår för närvarande när det gäller samtidig analys på flera nivåer.

Det finns behov av att organisera forskningen inom området sociala relationer på ett sätt som gynnar en interdisciplinär dialog mellan statskunskap, sociologi, ekonomi, psykologi och medicin. De grundläggande komponenterna i teorin måste operationaliseras och utvecklas så att man kan bedöma det sociala kapitalets roll för folkhälsan. Strategiska arenor mot vilka en sådan forskning kan riktas är arbetslivet, familjen, förskolan, skolan och vård- och omsorgsområdet. I all forskning inom området måste genus-, socialklass- och etnicitetsperspektivet tydliggöras.

Ett ytterligare område för tillämpad forskning om sociala relationer och hälsa är arbetet med att ta fram instrument för att kunna värdera effekterna av politiska beslut på folkhälsan via förändringar av det sociala kapitalet. Detta pågår genom utvecklingen av folkhälsobokslut och hälsokonsekvensbedömningar.

Social utsatthet och sjukdomsbelastning är ofta olika sidor av samma mynt. Sjukdomssidan uppfattas vanligen som en konsekvens av de sociala riskfaktorerna och/eller av deras biologiska korrelat. Mindre uppmärksammat och därmed underbeforskat är de sociala konsekvenserna av sjukdom. Mot bakgrund av en allt tydligare konsensus om att

folkhälsan inte enbart bör ses som ett mål och resultat av välfärdspolitiken utan även som ett medel för och investering i utveckling är det angeläget att denna forskning, som ofta kräver långtidsuppföljningar, stimuleras inomvetenskapligt och finansiellt. Problemområdet relaterar också till och kan fördjupa forskningen om mekanismerna bakom de sociala skillnaderna i ohälsa, där svensk forskning redan är internationellt framstående. Sociala och etiska konsekvenser börjar också alltmer uppmärksammas inom utvärderingsforskningen. Få befolkningsbaserade utvärderingar rymmer en social dimension och ställer frågor om de medicinska effekternas sociala fördelning.

Miljöfaktorer och skador

Det behövs ytterligare forskning om hälsorisker i inomhusmiljön, inklusive i arbetsmiljön. Bristfälligt utformade eller utförda byggnader ger upphov till sjukdomar, förstör vår miljö och förbrukar för mycket energi. Systematiska och engagerade forskningsinsatser inriktade på en helhetssyn krävs för att klarlägga ännu oförklarade skillnader i ohälsa mellan olika bostäder och lokaler.

Flera samband mellan miljöfaktorer och allergier har kartlagts. Frågetecken är emellertid fortfarande många. Mer exakt kunskap saknas om bl.a. varför dåliga inomhusmiljöer kan ge symtom. Säkrast är kunskaperna om allergen och tobaksrök, medan det ännu är oklart genom vilka mekanismer fukt, mögel, partiklar och kemiska ämnen inverkar på människan. Vad som ytterst legat bakom den kraftiga ökningen av allergierna under de senaste decennierna är likaså ovisst.

Vårdalstiftelsen, den största finansiären av svensk allergiforskning, har slagit fast angelägna områden för framtidens forskning. Det första är att kunna förebygga allergi och annan överkänslighet samt klarlägga hur det är att leva med dessa sjukdomar. Det andra är att utforska mekanismerna bakom allergierna. Ett mer tvärvetenskapligt synsätt efterlyses också. Andra områden som prioriteras är att förstå det immunologiska förloppet bakom annan överkänslighet och ta reda på varför allergierna har ökat samt att försöka fastställa de utlösande faktorerna bakom allergi och andra överkänslighetssjukdomar. Likaså måste nya symtom på olika slags överkänslighet uppmärksammas i forskningen.

Ljudmiljö. Under senare år har bullerproblemen blivit allt större problem och detta gäller både den yttre och den inre ljudmiljön. Byggforskning bör aktivt verka för att ta fram kunskaper för att förbättra ljudmiljön utomhus, så att bullerstörningar från trafik, byggindustri och andra verksamheter med bullrande utrustning minskar. Byggforskning

bör utveckla metoder och hjälpmedel för att kraftigt minska bullerstörningar i bebyggelsen och därmed bidra till att antalet människor som utsätts för buller minskar. En viktig insats är att utveckla kostnads-effektiva åtgärder för ökad ljudkomfort som kan tillämpas i miljonprogramsområdena och andra områden. En av de större bristerna invändigt i t.ex. miljonprogrammets byggnader är ljudmiljön.

Epidemiologiska och andra studier behövs för att ytterligare klargöra sambanden mellan *enskilda miljöfaktorer och ohälsa* i form av akut dödlighet, luftvägsbesvär och cancer. Vidare behövs utveckling av biologiska markörer för att exponeringen för miljöfaktorer skall kunna uppskattas bättre än för närvarande och för att känsliga grupper skall kunna karaktäriseras. Det behövs också mer forskning om exponering för miljöfaktorer i luften och om hur ljus och grönska påverkar människor fysiskt och psykiskt samt hur man i planering, byggande och lagstiftning skall påverka stadsbyggnad och friskvård.

Kunskap om väl fungerande fysisk ute- och lekmiljö, barns behov i stadsmiljö och barns hälsa bör ökas liksom vad gäller äldres behov av utevistelse och särskilda utemiljöer.

Skaderegistrering är en av hörnstenarna i det säkerhetsfrämjande och *skadeförebyggande arbetet* medan brist på skaderegistrering är ett stort hinder för ett effektivt förebyggande arbete, såväl nationellt som regionalt och lokalt.

Behovet av att systematisera och fördjupa kunskapen om mäns våld mot kvinnor är mycket stort. Inte förrän år 1999 startades den första omfattande prevalensstudien i Sverige vad gäller fysiskt och psykologiskt våld av män i nära relationer. Resultaten från denna studie är inte klara.

Studier av sociala skillnader i skadeförekomst hos barn och ungdomar i Sverige bör utvecklas.

Exempel finns på skillnad i användningen av hjälmar och flytvästar mellan fattiga och rika kommuner inklusive etniska grupper.

Ett viktigt område att uppmärksamma i framtiden är utvecklingen av skador genom fall bland äldre där det för närvarande sker en ogynnsam utveckling inom området. Här behövs ytterligare kunskap om metoder för att effektivt förebygga, dels själva fallolyckan, dels de svåra konsekvenser som kan bli följden av denna.

Kunskaper behövs om hur socioekonomiska bakgrundsfakta som ensamboende, inkomst, yrkestillhörighet, förtidspensionering och arbetslöshet påverkar skadefrekvensen på ett negativt sätt. Detta är ett stort forskningsfält där mycket lite forskning hittills skett.

Samhällsekonomiska utvärderingar, t.ex. kostnads/effektivitetsstudier av skadeförebyggande åtgärder, kan ge underlag för prioriteringar.

Våldsskador behöver uppmärksammas, speciellt inom *skola* och inom *vården*. Säkerhet och skadeprevention inom *idrott* är ett annat område där mer forskning behövs. Hur inverkar t.ex. fysiologiska, sociala och psykologiska egenskaper hos idrottare på uppkomsten av skador och skadornas allvarlighetsgrad?

Tillförlitlig uppföljning och analyser av effektiva olycksförebyggande åtgärder inom *brand- och räddningsverksamheten* är önskvärda liksom att studera förloppet för anmälda förgiftningsfall till Giftinformationscentralen.

I analyser av konsekvenser av *trafikolyckor* kommer medicinska aspekter på den sårbara människan att inta en central position. Vi behöver också skapa användbara mått på hälsoförlust vid trafikskada. Klassificering och rapportering av olycksfallsskador i trafiken måste ses över och förstärkas i tillförlitlighet.

Enligt nollvisionen skall vägtransportsystemet dimensioneras efter människans biologiska tolerans mot yttre våld. Detta kräver kunskap om bl.a. hur toleransgränserna förändras med t.ex. ålder och kön samt olika kropps-konstitution. Ur nollvisionens perspektiv finns det också ett behov av ny kunskap i frågor som rör sjukdomar i trafiken. Den stigande andelen äldre som skadas och dödas i trafiken förklaras ofta av sjukdom som gör fordonsföraren akut eller kroniskt trafikfarlig. Trötthet i trafiken och insomningsolyckor behöver belysas. Det behövs även studier om bestämning av kognitiva funktioner för att diagnostisera, framför allt, demenstillstånd.

26.3.1 Kost och fysisk aktivitet

I Sverige förekommer endast en begränsad insamling av data om befolkningens matvanor och matrelaterade hälso-/ohälsoindikatorer som t.ex. övervikt och blodfetter. Avsaknaden av regelbundna undersökningar, såväl rikstäckande som riktade, gör att vi idag inte har möjlighet att riktigt bedöma hur matvanorna förändras och hur eventuella förändringar är kopplade till hälsoutvecklingen.

Ökade kunskaper behövs om metoder för att förebygga och åtgärda övervikt och fetma. Det vore också angeläget att få reda på vilken inverkan undervisning om mat har på skolungdomars matvanor och kunskaper i matlagning.

Invandrare är en viktig grupp att studera för att få nya insikter om konsumentbeteende i allmänhet och om hur människans matvanor förändras under nya omständigheter i synnerhet. Det är därför angeläget att studera betydelsen av matvaneförändringar efter migration och möjliga hälsorisker förknippade med dessa.

Den senaste tidens larmsignaler om alltmer dioxin och PCB i maten föranleder stark uppmärksamhet inom området, särskilt som foster och barn är känsligast för toxiska effekter.

Trots att kunskapsläget vad gäller befolkningens idrotts- och motionsvanor är relativt gott så är kännedomen om individernas totala fysiska aktivitet ofullständig. Ökad kännedom om människors fysiska aktivitet, dess omfattning, intensitet och frekvens, är en förutsättning för att kunna studera den fysiska aktiviteten i relation till det allmänna hälsotillståndet och till vissa specifika sjukdomar. Hur mycket fysisk aktivitet behövs för att främja och bibehålla en god hälsa för barn, vuxna och äldre och vilka skillnader finns ur ett genusperspektiv? Här är det angeläget att göra såväl kartläggningar som prospektiva studier.

Stora förändringar har skett beträffande idrottsämnet i såväl läroplaner som antalet obligatoriska lektionstimmar och innehåll. Har samhällsutvecklingen påverkat undervisningens innehåll och uppläggning och vilka konsekvenser har dess förändringar haft för elevernas kunskaper och färdigheter, deras fysiska kapacitet och hälsotillstånd och deras förhållningssätt till egen fysisk träning?

Tandhälsa

De största forskningsbehoven inom detta område bedöms finnas beträffande studier som relaterar allmän hälsa till oral hälsa. Vidare finns det behov av studier om orsakerna till tandsjukdom, oral hälsa hos vissa grupper som invandrare och äldre samt om oral hälsa och tobaksbruk, såväl cigarettökning som snusning.

Det behövs kartläggningar av den orala hälsan genom epidemiologiska studier och utvärderingar av effekten på den allmänna tandhälsan av senare års förändringar i tandvårdsförsäkringen.

Droger

Kunskapen om olika påverkansmöjligheter och metoder behöver utvecklas, liksom kunskaperna om tobaksbruk och dess bestämningsfaktorer i olika grupper, t.ex. i ett etniskt perspektiv och genusperspektiv. Socialstyrelsen publicerade redan för 15 år sedan ett förslag till forskningsplan för beteendevetenskaplig tobaksforskning, som delvis genomförts. Denna forskningsplan behöver uppdateras och genomföras som ett led i att utveckla det nationella tobaksarbetet.

Trots en betydande forskning inom alkoholområdet finns fortfarande stora luckor kring preventiva insatser. De flesta allmänpreven-

tiva försök har gett dålig utdelning och ytterligare forskning behövs. Det är också uppenbart att kunskaper om lokala och regionala skillnader när det gäller konsumtionsnivå och befintliga problem orsakade av en för hög alkoholkonsumtion, olika gruppers alkoholbeteende samt orsakerna till detta inte är tillräckligt kända för att formera lämpliga preventiva program anpassade till olika målgrupper.

Vi behöver ökad kunskap om hur vi skall bemöta den förväntade förändringen i alkoholkonsumtion (nivå och mönster) på grund av den av EU påtvingade revideringen av den svenska alkoholpolitiken.

Kunskapen om omfattningen av narkotikakonsumtionen, rekrytering till narkotikamissbruk samt bakomliggande värderingar behöver utvecklas, främst för att bredda underlaget för narkotikapolitiska ställningstaganden.

Sambandet mellan nikotin-, alkohol- respektive narkotikaberoende är mycket viktigt att studera utifrån ett multipelberoendeperspektiv. Det är viktigt att utveckla bättre indikatorer på alkohol- och narkotikaskador, t.ex. snabbare och mer tillförlitliga data när det gäller dödlighet, skador och vårdkonsumtion. Det är också viktigt med jämförande internationell forskning om sambandet mellan alkohol och narkotikapolitiska insatser och skadenivån. Vidare behövs mer kunskap om vilken roll alkohol- och narkotikamissbruk spelar när det gäller social utslagning och därmed följande hälsoproblem.

Det finns också behov av studier som visar omfattning och utbredningen av beroendet och missbruket av vissa lugnande läkemedel, främst bensodiazepiner.

Psykisk hälsa

Det behövs förbättrad kunskap om befolkningens psykiska hälsa. För detta ändamål behöver ett system utvecklas såväl centralt som regionalt för återkommande mätningar av barns och ungdomars samt vuxnas psykiska hälsa.

Traditionell forskning om riskfaktorer har på senare tid kompletterats med ett intresse för faktorer som skyddar och bevarar människors hälsa. Ytterligare forskning behövs om vilka faktorer som har en positiv inverkan på den psykiska hälsan.

Utan någorlunda valida och reliabla mått på olika aspekter på psykisk hälsa är det omöjligt att utvärdera effekter av olika typer av åtgärder. Därför är det av största vikt att sådana instrument utvecklas. Återkommande studier av den psykiska hälsan borde göras i hela befolkningen. Forskningsråden borde dessutom uppmanas att i högre utsträckning stimulera forskning kring friskfaktorer.

Ett angeläget område är forskning om samverkan mellan genetiska och psykosociala faktorer vid depression, deras uppkomst och förlopp.

Förebyggandet av ångesttillstånd är fortfarande ett väsentligen outforskat område.

För kompetensutveckling inom suicidprevention krävs forskning med en bred inriktning (epidemiologisk, medicinsk, naturvetenskaplig, beteendevetenskaplig, pedagogisk, samhällsvetenskaplig, humanistisk och religionsvetenskaplig). Den nuvarande forskningen måste stimuleras, vidareutvecklas och vidgas genom samarbete mellan olika forskningsinstitutioner. Denna forskning bör omfatta både enskilda personers upplevelser och kulturella fenomen och på sikt ge en bredare och säkrare vetenskaplig grund för självmordsprevention.

Flera studier har visat att det med ganska enkla interventionsprogram går att påverka attityderna bland vårdgivare till självmord. Det förefaller vara möjligt att i skolan med hjälp av ett psykosocialt program minska förekomsten av självmordsförsök bland skolungdomar. Denna kunskap måste vidareutvecklas.

Under det senaste decenniet har det vuxit fram ny kunskap om hur svåra psykosociala påfrestningar, i vissa fall i kombination med infektioner eller fysiska påfrestningar, påverkar kroppens basala stressreglering. Det är normalt och friskt att reagera med uppvarvning i vissa situationer och om denna uppvarvning störs kan detta leda till olika typer av sjukdomstillstånd. Vi behöver betydligt mer kunskap om mekanismer bakom och orsaker.

Det finns behov av forskning beträffande ätstörningar, eftersom luckorna inom det epidemiologiska området är stora. Det finns idag inga säkra uppgifter om hur vanliga olika ätstörningar är och vilka som främst drabbas. Man vet att samhälleliga och kulturella faktorer har inflytande på utvecklandet och vidmakthållandet av ätstörningar. Det är även angeläget med forskning om förebyggande och hälsofrämjande metoder för att förebygga ätstörningar.

Hudcancer

Den relativa betydelsen av solexponering i Sverige respektive utomlands för antalet fall av hudcancer i Sverige är inte känd och skulle behöva vetenskapligt utredas. Värdet av tidig diagnostik av hudmelanom genom screeningprogram riktade till högriskgrupper respektive befolkningen i sin helhet är inte belagt och behöver därför analyseras genom kontrollerade studier. För att fastställa ett faktiskt orsaks samband mellan användande av kosmetiska solarier och hudcancer krävs ytterligare vetenskapliga studier. Effekterna av en mer permanent

ozonuttunning över norra halvklotet kan komma att kräva noggranna studier av hudcancerrender.

Det saknas mer detaljerad kunskap om svenskens inställning till att ändra sina solvanor. Vidare är kunskaperna om eventuella effekter vid användning av solskyddskrämer ofullständiga. Större studier av såväl prospektiv karaktär som återkommande uppföljning av solningsbeteenden är därför viktiga för det samlade hudcancerförebyggande arbetet.

Att anlägga ett tvärvetenskapligt perspektiv på solning som livsstilsfråga inkluderande samarbete med genderforskare skulle sannolikt påverka möjligheterna att uppnå en varaktig förändring av attityder och beteenden i fråga om solbrunhet som hälsoideal.

Sexualitet

Det finns behov av mer kunskap om hälsofrämjande aspekter på sexualitet. Sedan mitten av 1950-talet har samhället genom skolan aktivt arbetat för att ge unga människor kunskap om sexualitet och om samlevnad. Om denna undervisning skall kunna utformas på ett sätt som når fram, krävs forskning om hur ungdomar tänker och agerar när det gäller sexualitet, bl.a. med beaktande av olika kulturella traditioner.

Det finns ett stort behov av studier om hur ungdomar påverkas av sexuellt färgade budskap och av pornografi. Kunskapen om sexuella övergrepp mot ungdomar är mycket begränsad.

Inom hiv/STD-området behövs kunskaper om livsstil och sexuellt beteende, bl.a. genom specialinriktade studier mot vissa riskgrupper som hiv-infekterade, ungdomar, män som har sex med män och personer som vistats länge i länder med hög frekvens av hiv/STD.

En viktig fråga är hur bättre läkemedel och behandlingsmetoder för hivpatienter påverkar hivspridningen. För de STD som är anmälningspliktiga kan utvecklingen följas och analyseras vad gäller antalet anmälda fall. Antalet diagnosticerade fall måste dock ställas i relation till antalet utförda provtagningar och här saknas idag tillfredsställande kunskap om hur många och vilka som söker för provtagning.

Mer kunskap behövs om bakomliggande faktorer till upprepade aborter och abortens betydelse för män.

Barn och ungdom

Kunskaperna om den psykiska ohälsans förändringar över tid hos barn och ungdomar är begränsade. Den främsta orsaken till detta är att det saknas breda nationella och i tiden återkommande undersökningar av

barns och ungdomars psykiska hälsa och sociala villkor. Avsaknaden av jämförbara och longitudinella studier – och de svårigheter som därav följer att bedöma trender – påtalades i Socialstyrelsens senaste folkhälsorapport.

Förutom metodutveckling är det två typer av forskningsbehov som är aktuella nämligen forskning som syftar till (1) att klargöra bestämningsfaktorer för hälsa och ohälsa och (2) forskning som syftar till att klargöra samband mellan resursinsatser och effekter inom de omfattande system som är avsedda för barn, t.ex. förskola och skola.

Astma och annan allergi är den enda större grupp av fysiska hälsoproblem som ökar i frekvens. Det saknas förklaring till denna ökning. För att på ett avgörande sätt kunna påverka problemet krävs kunskap om vilka de avgörande bestämningsfaktorer är.

De flesta av ovanstående kunskapsbehov skulle bäst belysas genom longitudinella undersökningar.

Äldre

Det är angeläget med utökade kunskaper om värdet av folkhälsoinsatser till personer som redan har uppnått pensionsåldern. Den dominerande äldreforskningen belyser idag kunskaper som utgår från sjukdom och ohälsa, under det att folkhälsoforskningen kring äldre skall inriktas på hur man bibehåller och främjar det friska hos de äldre.

Det saknas bra kunskap om den konstaterade ökningen av livslängd också innebär ökad livskvalitet och fler friska år som äldre. Vetenskapliga studier behövs för framtagande av god metodik för systematisk dokumentation och kvantitativ och kvalitativ utvärdering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre i kommuner, landsting och frivilligorganisationer runt om i landet.

Ökade forskningsinsatser behövs för kunskaper om betydelsen av rekreation inklusive kulturella aktiviteter för äldres hälsa, livskvalitet, oberoende och vårdkonsumtion. Vidgade studier behövs om hur stor del av det vi kallar åldersförändringar i form av funktionsnedsättning som i själva verket är effekter av understimulering, passiv livsstil, rollförändringar eller sänkt motivation, dvs. förändringar som är påverkbara.

Samhällets policy liksom många äldres egna önskemål är att de äldre skall bo kvar i sina bostäder till livets slutskede. Samtidigt pekar många vetenskapliga studier på att bristande sociala nätverk och avsaknad av meningsfull sysselsättning har en stor betydelse för uppkomst av ohälsa hos äldre. Inom detta område finns ett stort forskningsbehov.

Senare års forskningsrön har pekat på stora samhällsekonomiska vinster av skadeförebyggande insatser bland äldre. Fortsatta forskningsresurser behövs för kunskaper om hur bostäder skall anpassas för äldre för att minska olycksfallsrisker liksom om hur på designstadiet möbler, köksredskap och andra vardagsföremål kan konstrueras för att minska skade- och andra ohälsorisker hos äldre och funktionshindrade.

Invandrare

Analys av olika gruppers levnadsförhållanden och hälsa försvåras ofta av brist på data. Urvalsstorleken i befolkningsstudier medger inte detaljerade beskrivningar av olika gruppers situation. Det saknas riktäckande representativa undersökningar om invandrares och flyktingars hälsotillstånd i Sverige.

I Norden finns få studier om mortalitet och dess orsaker bland olika etniska grupper. Det saknas större svenska epidemiologiska kartläggningar om utlandsföddas psykiska hälsa, t.ex. psykologiska effekter av trauma som föranleds av migrationen. Vidare är svensk forskning om invandrade flyktingbarn mycket begränsad eftersom det saknas longitudinella studier och det finns få uppföljande studier. Dessutom saknas kunskap om de asylsökandes hälsa på grund av att de inte är folkbokförda i Sverige.

Funktionshindrade

Det finns stora kunskapsluckor när det gäller funktionshindrades hälsosituation och behovet av insatser. Här anges några områden där det behövs forskningsinsatser.

Flera utredningar har konstaterat att personer med funktionshinder har stora merkostnader för hälsoinsatser. Det finns dock bristfälliga uppgifter om hur stora kostnaderna verkligen är och vilka konsekvenser dessa kostnader får för personer med olika funktionshinder när det gäller den privatekonomiska situationen. Det är också oklart i vilken omfattning funktionshindrade avstår från att använda angelägna hälsoinsatser på grund av kostnaderna. Det är angeläget att kunskapen inom detta område fördjupas.

Personer med funktionshinder är klart underrepresenterade i högskoleutbildningar. Enstaka vetenskapliga studier har gjorts om de svårigheter som vissa grupper möter i studiesituationen, men det behövs fördjupad kunskap om hindren för att rätt åtgärder skall kunna vidtas.

Homo- och bisexuella

Det saknas idag heltäckande kunskap om homo- och bisexuellas hälsa. Det finns inga svenska breda befolkningsbaserade undersökningar. Detta medför att man inte kan veta hur denna grupps hälsosituation är i jämförelse med andra grupper. Det finns dock all anledning att tro att gruppen har sämre hälsa än befolkningen i stort. Det är därför angeläget att göra generella studier av homo- och bisexuellas situation i Sverige.

Det finns norska studier som tyder på att alkoholproblem och narkotikamissbruk är mer utbrett bland homo- och bisexuella. Det saknas dock fortfarande kunskaper i Sverige om omfattningen och om orsakerna. Problemen har troligen en koppling till såväl livsstilsfaktorer som diskriminering och utanförskap. Hur dessa olika faktorer relaterar till varandra är dock oklart. Det saknas även kunskaper om effektiva metoder för att förebygga missbruk i dessa grupper.

För att effektivare kunna förebygga hiv/aids bland män som har sex med män behövs större kunskap om gruppens riskbeteende. För att kunna motverka en ökad spridning av hiv behövs studier som fokuserar på riskbeteenden, och hur dessa riskbeteenden förändras över tid. Det finns även få svenska studier som fokuserar på att förklara varför vissa personer tar mer sexuella risker än andra.

Lesbiskas hälsa är dåligt utredd, både i Sverige och internationellt. Det finns studier som tyder på att lesbiska har en högre frekvens av bröst-, livmoder- och äggstockscancer. Vad detta beror på är dock oklart och behöver utredas närmare.

26.4 Bedömning

Folkhälsoarbetet och folkhälsovetenskaperna har gjort betydande framsteg under 1990-talet i Sverige. Många universitets- och högskoleinstitutioner har vuxit fram. Det finns omkring 50 professurer i folkhälsovetenskapliga ämnen och flera hundra doktorander. Arbetshälsorforskningen är omfattande. Folkhälsoinstitutet har bildats och genom samarbetsavtal bidragit till viktig forskning. Flera landsting och kommuner har förstärkt sitt folkhälsovetenskapliga FoU-arbete. Däremot har andelen fria forskningsmedel för området endast utökats i mindre grad. Detta är särskilt allvarligt eftersom stora kunskapsbehov uppdragats i Nationella folkhälsokommitténs arbete. Folkhälsovetenskapen saknar i stort sett de möjligheter att få företagsmedel för forskning, som t.ex. den medicinska och tekniska forskningen kan få.

26.4.1 Satsning på regionala utvecklingscentra

Kunskapsbasen för olika insatser att påverka folkhälsans bestämningsfaktorer behöver vidareutvecklas. För utvecklingen och genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken kan regionala utvecklingscentra vara önskvärt. Ett sådant regionalt centrum behöver kompetens som täcker de grundläggande folkhälsovetenskapliga disciplinerna inklusive epidemiologi, prevention och hälsofrämjande, de samhällsmedicinska specialiteterna (arbets- och miljömedicin, socialmedicin) samt samhälls- och beteendevetenskaplig kompetens inklusive hälsoekonomi. Dessa centra skulle kunna utvecklas genom fördjupad samverkan mellan landsting, kommun och stat. En viktig roll är att vara regionala kunskapscentra med uppgift att stimulera folkhälsoinsatser och att stödja lokala och regionala aktörer.

En annan roll är att vara folkhälsans FoU-centra för metoder i praktiskt folkhälsoarbete inom olika arenor i det lokala och regionala samhället. För att effektivt kunna utvärdera interventiva folkhälsoprojekt krävs tillräckligt stora projekt. Många av dagens folkhälsoprojekt är för små för att man skall kunna dra generaliserbara slutsatser utifrån deras resultat. Med regionala utvecklingscentra kan varje folkhälsoprojekt bli mer omfattande genom bättre samordning av lokala projekt.

En tredje roll är att samordna och bidra till att folkhälsoutbildningar genomförs inom ramen för olika utbildningar vid universitet och högskolor i regionen. Det pågår för närvarande en intensiv utveckling inom området, men denna behöver få såväl en vetenskaplig som en praktisk anknytning.

Den regionala basen skapar också förutsättningar för analyser och jämförelser mellan olika kommuner och lokala områden där olika folkhälsoinsatser kan planeras, genomföras och utvärderas under medverkan från olika berörda parter och aktörer. Goda förutsättningar för detta är bl.a. tillgången på befolkningsdata inkluderande folkhälsa och den pågående samverkan kring folkhälsoenkäter som sker på flera håll i landet. Detta skapar intressanta möjligheter för olika former av interventionsforskning kring folkhälsa, välfärd och livskvalitet. Samtidigt skapas även möjligheter för deltagande i svensk, nordisk och europeisk samverkan kring regional forskning och utveckling för folkhälsa.

I kapitel 18 pekas på att västvärlden årligen satsar mångmiljardbelopp på läkemedel både inom vård och forskning för att påverka hälsoproblem som i stor utsträckning förorsakas av den enskildes livsstil. Det framhålls att läkemedelsfria metoder sällan har kommersiell potential och att samhället bör ha ett särskilt ansvar att utveckla dessa. Det föreslås att regionala metod- och kunskapscentra för icke-medikamentella metoder bör utvecklas inom hälso- och sjukvården för att som

komplement till läkemedelsbehandling påverka livsstilssjukdomar. Dessa centra är inte liktydiga med de regionala utvecklingscentra som diskuteras ovan, men kan med fördel vara anknutna till de förra.

26.4.2 Sammanfattning av kunskapsbehov

Hälsans fördelning i befolkningen

Det finns en systematisk skillnad i dödlighet och sjuklighet mellan olika befolkningsskikt i samhället, oavsett om dessa avgränsas med hjälp av samhällsklass/ yrke eller utbildning. Regeringens uppdrag till Nationella folkhälsokommittén är att föreslå mål och strategier för att minska ojämlikheten i folkhälsan. I arbetet har många kunskapsbehov påvisats, t.ex. hur ojämlikheten skall mätas, tidstrender etc. Av särskild vikt är att det finns möjligheter att genomföra s.k. längdsnittsstudier där samma individer följs under en relativt lång tid, varvid man bl.a. registrerar sociala förhållanden, utsatthet för olika riskfaktorer och hälsoutveckling. Det är vidare mycket angeläget att följa skillnader i den övergripande hälsoutvecklingen för kvinnor och män samt hos vissa grupper, t.ex. invandrare, funktionshindrade och homo- och bisexuella. 1997 gav regeringen SFR i uppdrag att i samråd med berörda forskningsråd och andra organ utarbeta ett nationellt program för forskning om ojämlikhet och hälsa. I detta program⁶ konstaterar man bl.a. att det finns visst empiriskt stöd för varför och hur ojämlikheten i hälsa uppkommer. En rad faktorer har i detta sammanhang förts fram, t.ex. hälsoselektion, materiell nöd, förhållanden under barndomen, generell sårbarhet, arbetslöshet, bristande kontroll över arbetsförhållanden, att vara ensamstående förälder och vissa livsstilar. Forskningsområdets samhällsrelevans är uppenbarligen mycket stor. Forskning om ojämlikhet i hälsa kan också förväntas ge ett bättre underlag för att bedöma politiska åtgärders hälsokonsekvenser och till att utveckla och utvärdera metoder ägnade att förbättra folkhälsan och minska ojämlikheten.

Interventionsforskning

Forskning och metodutveckling kring prevention och främjande är ett behov som generellt lyfts fram i många sammanhang. Åtgärderna kan vara alltifrån strukturella insatser grundade på politiska beslut till

⁶ SFR. Ojämlikhet i hälsa. Ett nationellt forskningsprogram. Socialvetenskapliga forskningsrådet, 1998

informations- och utbildningsinsatser riktade till specifika grupper. Det gäller också samlade samhällsbaserade program för förebyggande av folksjukdomar och påverkan av dessas bestämningsfaktorer.

Det finns behov av systematiska kunskapsöversikter till stöd för det praktiska folkhälsoarbetet i Sverige. Det pågår en intensiv metodutveckling internationellt när det gäller förebyggande insatser. Det är angeläget att denna utveckling också får ordentligt fäste i Sverige. Alltför många av dagens insatser dokumenteras och utvärderas bristfälligt. Fältet behöver vidareutvecklas genom systematiska uppföljningar med metoder som dokumenterar effekter för individ, familj och samhälle.

Kunskap om *socialtjänstens* hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, främst för äldre, behöver utvecklas.

Metodutveckling behövs när det gäller *kommunikationsstrategier* för att nå ut till både enskilda, praktiker, politiker och befolkningen i stort, framför allt för att nå de som är mest utsatta för olika risker.

Kunskaperna inom de *hälsofrämjande metoder* som idag används, t.ex. empowerment, maktmobilisering, etablering av partnerskap och skapande av arenor som stödjande miljö behöver vidareutvecklas och fördjupas. Samspelet mellan politiska beslutsfattare, professionella aktörer och ideella organisationer behöver analyseras för att vidareutveckla den demokratiska förankringen av folkhälsoarbetet. Det finns också behov av att bygga upp referensramar och modeller för utvärdering av såväl förebyggande som främjande insatser.

Samhällsekonomisk analys av folkhälsoinsatser. Kunskapen om människors beteende, om incitamentstrukturer i samhället, liksom om relevanta aspekter av ekonomins funktionssätt i stort (t.ex. arbetsmarknaden) behöver fördjupas för att klargöra förutsättningarna för folkhälsopolitiken. Vidare behöver effekterna av olika åtgärder studeras, t.ex. på områdena beskattning, reglering och information. Slutligen behöver folkhälsoinsatser/åtgärder utvärderas avseende rättvisa och effektivitet. Samhällsekonomiska utvärderingar (t.ex. de i hälsoekonomi vanliga kostnads/effektivitetsanalyserna) kan utgöra ett väsentligt underlag för prioriteringar.

Hälsoekonomi. Vi behöver veta mer om incitamentstrukturen i hälso- och sjukvården, under olika samhällsinstitutioner och organisationsformer och i olika former av regleringar. Andra väsentliga forskningsområden är vilka faktorer som styr utvecklingen och spridningen av nya teknologier för hälsa. Likaså vilka effekter olika folkhälsoåtgärder kan väntas ha respektive i efterhand visat sig haft, samt utvärdering av dessa åtgärder, inkl. de ekonomiska aspekterna.

Hälsokonsekvensbedömningar. Det behövs kunskaper om vetenskapligt grundade modeller och metoder för att genomföra hälsokonsekvensbedömningar (HKB) på nationell, regional och lokal nivå.

T.ex. för utvärderingar av hur skattepolitik och lagstiftning påverkar tobaks- och alkoholbruket.

Riskperception och riskkommunikation. Riskperception eller människors förmåga att göra riskbedömningar är ett omfattande forskningsområde. Forskning kring riskkommunikation är däremot ett understimulerat område. Kunskaper om människors riskbedömningar kan ge oss vägledning när det gäller att utforma preventiva budskap och för att förstå hur människor reagerar i olika situationer. Kommunikation kring hälsorisker har till syfte att undanröja oklarhet och bringa reda i det som annars skulle vara kaos och bidra till skapande av oro. Det vi behöver forska mer kring är bl.a. vilka hinder – ofta av socialpsykologisk art – som behöver undanröjas för den som skall kommunicera kring hälsorisker. Människors riskbedömningar tycks nämligen till stor del bestå av olika kulturella föreställningar och inte, som experter och myndigheter ofta vill tro av sannolikhetsbedömningar. Slutligen behöver vi mer forskning kring hur budskap om hälsorisker skall utformas för att påverka allmänhetens acceptans och i sista hand beteende.

Frisk- och riskfaktorer

Friskfaktorer och hälsofrämjande verksamhet. Det finns ett stort behov av forskning inom hela fältet hälsofrämjande verksamhet. Centralt i detta är arbetet med att definiera begreppet 'hälsofrämjande' på ett mer entydigt sätt samt att verktyg och metoder tas fram för att mäta effekterna av hälsofrämjande insatser och vidareutveckling av indikatorer på hälsa.

Hälsa i positiv mening. Större delen av forskningen kring befolkningens hälsa har handlat om sjukdomar, deras riskfaktorer och metoder för att ta bort riskfaktorerna. Ett annat perspektiv är forskning kring metoder för att stärka det goda och därigenom bevara och förbättra hälsan. Detta kräver en förbättrad begreppsapparat och förbättrade metoder för att mäta hälsa. Det är därför viktigt att vetenskapligt belysa frågor av typen: Vilka förhållanden bevarar och stärker människors hälsa? Hur kan hälsa i positiv mening användas i epidemiologiska studier? Hur kan kulturella aktiviteter (t.ex. musik, dans, bild, drama och litteratur) påverka hälsa i god mening (socialt, psykologiskt och fysiologiskt)?

Socialt kapital. Det finns behov av att operationalisera de grundläggande komponenterna i det sociala kapitalets roll för folkhälsan, utifrån ett interdisciplinärt perspektiv i dialog mellan medicin, statskunskap, sociologi, ekonomi och psykologi. Studier av socialt kapital innebär forskning som på samhällsnivå undersöker hur utvecklingen av folkhäl-

san relaterar till olika samhällsförhållanden. Denna typ av studier behövs för att komplettera den mer individinriktade forskningen.

Arbetslivet och ekonomisk trygghet. Utslagningen i arbetslivet liksom lågt inflytande och negativ stress är viktiga hälsorisker. Det behövs kunskaper om hur arbetsmarknadens förändringar påverkar hälsan och om sambandet mellan sjukskrivning och ohälsa. Orsaker till långtidssjukskrivningar och fenomenet "sjuknärvaro" behöver undersökas mer.

Det är också angeläget att förbättra våra kunskaper om vad arbetsmarknadens förändringar innebär för de grupper som har en svag ställning på arbetsmarknaden, och som därmed riskerar att få en bristande anknytning till socialförsäkringssystemet. Frågorna om huruvida vi idag kan se tecken på tilltagande marginaliseringstendenser och mekanismerna bakom att nya grupper, bl.a. invandrare, utestängs från arbetsmarknaden är mycket angelägna. Detta gäller även dessa grupper ekonomiska trygghet. De ekonomiska trygghetssystemens funktionssätt för dessa grupper behöver uppmärksammas ytterligare.

Livsstil, beteende och attityder. Den individinriktade forskningen behövs för att skapa en bas för förståelse och utveckling av verksamma insatser att påverka folkhälsans bestämningsfaktorer. I detta sammanhang är det också viktigt att skapa större förståelse kring hur individens möjligheter att välja livsstil underlättas respektive försvåras av de sociala förhållandena. Forskning kring livsstil och risktagande/riskmedvetande och skydds-beteende behöver utvecklas när det gäller sexuellt beteende, alkoholbruk och narkotikamissbruk samt när det gäller skador. Kunskap behövs också om hur vi tar till oss information om livsstilsfrågor och dess inverkan på hälsan.

Miljöfaktorer. Här behövs framför allt ökade kunskaper om den ökade allergifrekvensen och hälsorisker i inomhusmiljön. Andra angelägna områden är utemiljöns betydelse för hälsan, hur den skall vara utformad för att främja lek och rekreation samt hur man skall skydda sig mot UV-strålning. Kunskaperna om nya kemiska föroreningar måste förbättras.

Det är särskilt angeläget att studera de olika frisk- och riskfaktorerna samtidigt eftersom de flesta folkhälsoproblem har många samverkande och motverkande orsaker.

26.4.3 Åtgärder

Folkhälsovetenskapen behöver förstärkta ekonomiska resurser om huvuddelen av ovanstående kunskaps- och forskningsbehov skall kunna tillgodoseas, såväl institutionellt som utbildningsmässigt och i form av

fria forskningsmedel. Följande åtgärder skulle innebära en förbättring av folkhälsoforskningen:

1. De fria medlen för folkhälsovetenskap bör ökas, t.ex. genom att förstärka budgeten för det föreslagna områdesforskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. Av särskild betydelse är förstärkningar för longitudinella, epidemiologiska studier, forskning om folkhälsopolitikens förutsättningar och effekter i jämlikhetsperspektiv samt interventionsforskning.
2. Antalet lektorer, forskarassistenter och doktorander i folkhälsovetenskap vid universitets- och högskoleinstitutioner bör öka markant.
3. Folkhälsoinstitutet bör ges i uppdrag att stödja och följa upp arbetet med att fylla de kunskapsbehov som belysts i denna rapport, samt att göra kontinuerliga sammanställningar av myndigheters och organisationers kunskapsbehov som underlag för framtida strategier och prioriteringar för folkhälsovetenskaperna.
4. Folkhälsoinstitutet bör också i fortsättningen knyta samarbetsavtal med universitet och högskolor, dels för att säkra institutets behov av vetenskaplig kompetens inom olika sakområden, dels för att tillförsäkra enskilda forskningsinstitutioner långsiktig finansiering.
5. Utvecklingscentra för metoder i praktiskt folkhälsoarbete (hälsofrämjande och prevention) bör etableras regionalt för att främja lärande och kunskapsbildning kring insatser för folkhälsa på lokal och regional nivå.
6. Folkhälsoarbetare bör ges förbättrade möjligheter till viss forskningsutbildning, t.ex. genom stipendier och så kallade varvade tjänster.
7. De olika forskarutbildningarna i folkhälsovetenskap bör kvalitetsgranskas under år 2001, t.ex. av Högskoleverket, och samarbetet mellan utbildningsinstitutionerna bör förbättras.
8. Sverige bör i ökad utsträckning engagera sig i att folkhälsoforskningen prioriteras inom EU:s forskningsprogram och svenska forskare bör i ökad utsträckning stimuleras att medverka i dessa program liksom i övrigt internationellt utbyte.

27 Behovet av folkhälsovetenskaplig utbildning¹

27.1 Inledning

Det finns flera skäl till att se över inriktningen på och förstärka den folkhälsovetenskapliga utbildningen i landet. Den inriktning och ambition för hälsopolitik och folkhälsoarbete som kommit till uttryck i Nationella folkhälsokommitténs förslag lägger ett betydande ansvar på många olika statliga myndigheter och förutsätter även att det finns kompetens på regional och lokal nivå som utifrån lokala förutsättningar kan utveckla det förebyggande arbetet. I kapitel 26 har vi dessutom pekat på en lång rad områden som bör bli föremål för fördjupad forskning.

Den koordinering mot målen av insatser från olika samhällssektorer på nationell och lokal nivå som denna hälsopolitik förutsätter, kräver folkhälsovetenskaplig kompetens och gemensamma referensramar samtidigt som det breda utbudet av möjliga åtgärder kräver lokala prioriteringar baserade på lokal analys av exponeringsförhållanden och olika aktörers möjligheter att påverka dessa. De ökande kraven på att åtgärderna skall minska ojämlikheten och samtidigt vara kostnadseffektiva innebär att vi dels måste tillämpa väl utvärderade metoder i det förebyggande arbetet och dels måste göra noggranna hälsokonsekvensbedömningar av insatser med andra primära syften än prevention. I och med att målen formuleras i i termer av minskad exponering och sårbarhet ställer uppföljningen betydande krav på den epidemiologiska bevakningen av olika sjukdomsorsaker, deras fördelning i befolkningen och en förståelse för hur de påverkar varandras förekomst och effekter.

¹ Kapitlet är skrivet av professor Finn Diderichsen, Karolinska institutet.

27.2 Kompetensbehov hos Folkhälsoinstitutet och andra statliga myndigheter

Dessa krav har konsekvenser för den kompetens som på sikt bör finnas på olika statliga myndigheter, vid regionala kompetenscentra och i kommunerna. Kompetenskraven som den nya hälsopolitiken ställer på Folkhälsoinstitutet har redovisats i Organisationskommitténs betänkande SOU 2000:57 (avsnitt 6.1.8):

Man behöver kompetens som

- kan analysera nationell och internationell hälsoutveckling med avseende på de hälsopolitiska målen
- kan analysera faktiska och potentiella hälsoeffekter av verksamheten inom olika samhällssektorer
- kan analysera folkhälsans bestämningsfaktorer och kritisk granska forskning om dessa.
- kan analysera och kritisk granska vetenskaplig litteratur om effekter och tillämpbarhet av olika metoder i folkhälsoarbetet
- kan formulera och upphandla uppdragsforskning

Utredningen konstaterar att det ställer höga krav på kompetensnivå hos Folkhälsoinstitutets personal som i många fall bör ha forskarutbildning men också på att samarbetet med regionala centra för forskning och praktisk folkhälsoarbete utvecklas vidare.

Många andra statliga myndigheter har ansvar för områden med stor betydelse för folkhälsan men det råder oklarhet om vilken kompetens många av dem faktisk har för att förvalta detta ansvar. Sannolikt behövs förstärkningar och samarbete med Folkhälsoinstitutet och forskningsinstitutioner för att öka precisionen i arbetet med deras bidrag till en förbättrad folkhälsa.

Den fokusering av arbetet vid Folkhälsoinstitutet som föreslås förutsätter att utveckling och implementering av vertikala folkhälsoprogram i ökad utsträckning görs på regional och lokal nivå och att institutets nationella stabsfunktion i stället vidgas. Att det operativa folkhälsoarbetet skall bedrivas på lokal och regional nivå ställer ökade krav på infrastrukturen för detta arbete. Det finns en diskussion både om effektiviteten i lokala samhällsbaserade interventionsprojekt och om metoderna för utvärdering av dessa (SBU 1997), och detta har skapat ett växande behov av att pröva olika typer av interventionsprojekt på lokal nivå som kan bli föremål för en noggrann vetenskaplig utvärdering. Det behövs alltså både kraftfulla lokala förebyggande satsningar och institutionella resurser som kan utvärdera dem på ett kvalificerat

sätt. Att interventionsforskningen har fått så relativt begränsad omfattning jämfört med den etiologiska beror bl.a. på att det har saknats bra kontrollerade interventiva projekt av sådan styrka i interventionen att de har varit meningsfulla att utvärdera vetenskapligt.

27.3 Kompetensbehov hos kommunerna

Kommunerna har ansvaret för många av de institutioner och verktyg som är centrala i folkhälsoarbetet: barnomsorgen, skolan, den fysiska planeringen, miljöarbetet, äldreomsorgen etc. Samtidig kan flertalet kommuner inte etablera lokal folkhälsovetenskaplig kompetens med den bredd och analyskapacitet som behövs. Mycket av den folkhälsovetenskapliga kunskapen är inte lokal till sin karaktär. Kunskapen om samband mellan exponeringar och utfall och om olika metoders effektivitet är oftast av generell natur. Effektivt folkhälsoarbete måste ofta angripa flera orsaker och led i orsakskedjan samtidigt. Ett framgångsrikt tobaksarbete måste t.ex. utgå från den betydelse lokala arbetsmiljöförhållanden och normbildningar i skolan kan ha, alkoholarbete bland ungdomar kräver vetskap om lokal tillgänglighet till alkohol etc. De faktiska exponeringsförhållanden, förekomsten av olika målgrupper, och olika instansers möjligheter att medverka i folkhälsoarbetet är också lokal. Därför krävs lokal analyskapacitet som dock sällan kan vara särskilt specialiserad. Dessutom behövs ökad samverkan med regionala centra med specialiserad kompetens inom folkhälsovetenskap och praktiskt folkhälsoarbete. Detta behov förstärks också i och med att Folkhälsoinstitutets växande stabsuppgifter minskar möjligheterna att ge det stöd till lokalt folkhälsoarbete som tidigare gavs bl.a. inom programmets ram. Kommunernas behov gäller främst hur olika aktörer bl.a. inom barnomsorg och skola kan medverka och med vilka metoder detta bäst kan ske.

27.4 Hälsa- och sjukvårdens roll och behov av folkhälsovetenskaplig kompetens

Hälsa- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet är viktig ur flera aspekter. Den är en viktig aktör i det förebyggande arbetet därför att den når ett mycket brett utsnitt av befolkningen inklusive de mest utsatta med individuell rådgivning om förebyggande hälsofrågor. Den har stor betydelse för sjukdomars sociala konsekvenser genom sin behandling, rehabilitering och funktion i förhållande till sjukförsäkringen. Dessa

konsekvenser av sjukdom är relaterade till individens sociala position och kan dessutom påverka det fortsatta sjukdomsförloppet. Det får därmed betydelse för ohälsans sociala fördelning. Hälsa- och sjukvården är slutligen den enda instansen i samhället som löpande får en samlad bild av de hälsomässiga resultaten av samhällsutvecklingen och hälsopolitiken vilket ger den ett särskilt ansvar att på ett systematiskt och tolkningsbart sätt söka förmedla denna bild till övriga samhället.

Detta har sedan länge gett anledning för huvudmännen att inom ramen för så kallade samhällsmedicinska enheter eller motsvarande etablera verksamhet som kan ansvara för olika uppgifter med motsvarande kompetenskrav:

- analysera data från sjukvårdsregister och befolkningsenkäter för att skapa en regional och lokal bild av hälsoutvecklingen hos olika grupper och göra en relevant tolkning av den (*epidemiologi*)
- förmedla kunskap om effektiva metoder i det primärpreventiva arbetet och initiera program som tillämpar dem (*hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande*)
- utveckla och förmedla kunskap om de viktigaste exponeringsområdena i miljön och stödja kommuner och länsstyrelser i att värdera potentiella hälsoeffekter av verksamheten inom olika sektorer (*arbets-, miljö- och socialmedicin*)
- utvärdera lokala och regionala interventiva folkhälsoprogram (*evaluering*).

Denna typ av kompetens har oftast samlats i samhällsmedicinska enheter som flertalet landsting, sedan början av 1980-talet, har sökt etablera. Aktuella kartläggningar av bemanning och kompetens på dessa verksamheter som Socialstyrelsen har gjort talar dock för att det i flertalet landsting inte finns tillnärmelsevis den bredd på kompetensen som nämnts ovan. Socialstyrelsen har vid flera tillfällen under 1990-talet kartlagt hur landstingen förvaltar sitt folkhälsoansvar. Den samlade bild som framskymtar är en stor osäkerhet och en högst varierande utformning av de samhällsmedicinska verksamheterna. Brist på tydlig analys av arbetsuppgifter har medfört att kompetensbehoven har varit oklara och den faktiska bemanningen vad gäller folkhälsovetenskaplig kompetens är mycket olika. Specialistresurser när det gäller hälsoekonomisk kompetens är t.ex. mycket sparsamt förekommande. Framför allt på regionnivå och i anslutning till folkhälsovetenskapliga universitetsinstitutioner har det gått att rekrytera och etablera en mera stabil verksamhet med den breda inriktning som behövs, men även på dessa orter arbetar man på att finna den optimala formen för samverkan

mellan universitet och samhällsmedicinska funktioner på landsting/regionnivå.

Frågan om landstingens samhällsmedicinska funktioner har ytterligare aktualiserats i takt med att olika sjukvårdsreformer genomförs. De har gjort det allt viktigare att beställarfunktionen i vården kan bedriva ett kvalificerat arbete med att analysera sjukvårdsbehoven i den befolkning som den ansvarar för. Att inom rådande ekonomiska ramar och lokala institutioner på ett optimalt sätt kunna beställa 'hälsa' kräver en kombination av och ett nära samarbete mellan epidemiologisk, ekonomisk och klinisk kompetens som de flesta landsting endast är i början av att etablera. Men det kan konstateras att denna kompetens till stora delar är lik den som krävs för att bedriva ett kvalificerat folkhälsoarbete och att en samordning av dessa funktioner därför kan vara rationell. I och med att efterfrågan på kvalificerad epidemiologisk och hälsoekonomisk expertis vida överstiger utbudet för ett antal år framöver kan det finnas skäl att överväga om inte i första hand en regional samordning är att föredra.

Som har diskuterats i kapitel 26 om forskning bedrivs större delen av den epidemiologiska och interventiva forskningen på regional nivå vid universitet, högskolor och regionsjukhus. Samtidigt behöver Folkhälsoinstitutet samarbeta med både universitetsinstitutioner och praktiskt folkhälsoarbete på fältet. Det är av stort värde om en mera stabil regional struktur kan skapas som tillgodoser både landstingens och kommunernas behov av folkhälsovetenskaplig kompetens och Folkhälsoinstitutets behov av regionala samarbetspartners för både praktik, forskning och kompetensutveckling.

Den folkhälsovetenskapliga forskningen är lik den kliniska såtillvida att den är beroende av ett nära samarbete med praktiken, både för sin tillgång till patienter i sin epidemiologiska forskning och till praktisk intervention på fältet för sin utveckling och utvärdering av nya metoder. Den är också lik den kliniska såtillvida att forskningsrådsfinansieringen är avgörande men i de flesta fall långt ifrån tillräcklig. Flertalet större folkhälsovetenskapliga projekt är beroende av betydande finansiering från sjukvårdshuvudmännen, industrin eller statliga myndigheter. Det gäller särskilt den högt prioriterade interventiva forskningen som är beroende av att det finns en tillräckligt bra intervention att studera – vilket i sin tur är beroende av finansiering från kommuner och landsting. Därför är en samordning och utveckling på regional nivå av forskning, folkhälsoarbete och samhällsmedicinska funktioner i hög grad önskvärd.

Sammantaget talar detta för att det behövs regionala satsningar på folkhälsovetenskaplig kompetens i sjukvårdshuvudmännens regi dvs. en utveckling av de samhällsmedicinska enheterna. Dessa kan med för-

del samordnas med regionala utvecklingscentra med forskningsanknytning (se kapitel 26). Hur en regional samordning av de samhällsmedicinska funktionerna och utvecklingscentra skall åstadkommas bör diskuteras mellan staten och sjukvårdshuvudmännen och utredas närmare.

Syftet med denna utveckling är för det första att ge de statliga myndigheterna med hälsopolitiska uppgifter regionala samarbetspartners som både kan förmedla kunskap om lokala behov och förutsättningar och vara en länk i förmedling av metodstöd etc. till den lokala nivån. Dessutom behöver kommunerna och lokala organisationer regionala samarbetspartners och specialiststöd. För att etablera kraftfulla interventiva projekt som kan bli föremål för lämpliga forsknings- och utvärderingsinsatser med vilka vi kan utveckla kunskapen om metodernas lämplighet ur medicinsk, etisk och ekonomisk synvinkel och för att stödja sjukvårdshuvudmännen i att utveckla beställarfunktionen behövs också en förstärkt folkhälsovetenskaplig kompetens på regional nivå.

27.5 Utbildningen i folkhälsovetenskap

Utbildningen i folkhälsovetenskap har delvis något olika karaktär vid olika utbildningar i Sverige och utomlands men i huvudsak har man i både Europa och USA valt, att inom ramen för fyraåriga högskoleutbildningar varav 1–2 är ren folkhälsovetenskap, inriktade utbildningarna mot följande kompetensområden:

- Epidemiologi och biostatistik, dvs. den vetenskap som syftar till att studera förekomst av och orsaker till sjukdom och ohälsa och dess konsekvenser i befolkningen.
- Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande metoder, dvs. de interventioner som bör användas för att påverka orsakerna till sjukdom och ohälsa i befolkningen på individ, grupp- och samhällsnivå.
- Hälso- och sjukvårdsadministration inkl. värdering av kliniska metoder och sjukvårdens funktion ur medicinskt, etiskt, ekonomiskt och samhällsligt perspektiv, samt metoder för att styra och administrera hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inom varje av dessa huvudområden finns en mängd subspecialiteter relaterade till olika analysmetoder (epidemiologi, ekonomi m.m.), sjukdomar (infektioner, exponeringsområden (nutrition, fysisk miljö, psykosocial miljö etc.), preventionsmetoder, (hälsopedagogik, hälsopolitik etc.) och tillämpningsområden (internationell hälsa, ledarskap etc.). Ingen av de existerande utbildningarna i Sverige har ett fullständigt utbud av alla de kompetensområden som är relevanta för att

utveckla och förvalta en bred hälsopolitik. Därför har det successivt växt fram samarbetsformer nationellt inom Konsortiet för Folkhälsovetenskap som omfattar representanter från 18 högskolor och Universitet och internationellt i Europa inom ASPHER – Association of Schools of Public Health in the European Region. Detta samarbete ökar studenternas valfrihet att utforma sin utbildning på det sätt de önskar. Det finns idag ett dussintal utbildningar i Sverige varav några är grundutbildningar för kandidatexamen och andra leder fram till magisterexamen.

De kunskaper och färdigheter som förmedlas i dessa utbildningar har i Sverige huvudsakligen funnit användning inom tre typer av yrkesuppgifter:

- *Praktiskt folkhälsoarbete* med hälsoupplýsning och hälsoplanering på lokal nivå.
- *Analys- och forskningsarbete* inom universitet och högskolor, samhällsmedicinska enheter i landstingen, statliga myndigheter och medicinalindustri.
- *Ledande och administrativa funktioner* inom hälso- och sjukvård och hälsopolitik.

De existerande utbildningarna tillfredsställer i ökande grad ett behov av praktiskt folkhälsoarbete och som forskningsförberedande utbildning. Behovet av personer med folkhälsovetenskaplig kompetens förefaller dock fortfarande mycket stort inom både sjukvårdsadministration, samhällsmedicinska funktioner på regional nivå samt inom kommuner och statliga myndigheter. Även industrin har ett stort behov av personer med epidemiologisk, biostatistisk och hälsoekonomisk kompetens. Överhuvudtaget förefaller behovet stort av personer som kombinerar grundläggande biomedicinsk och klinisk kompetens med omfattande epidemiologiska och hälsoekonomiska färdigheter. Denna typ av kompetens är viktig inom hälso- och sjukvårdsadministrationen och de samhällsmedicinska verksamheterna som idag i hög utsträckning saknar den.

27.6 Bedömning

Det är ett problem att så få av de existerande folkhälsovetenskapliga utbildningarna har den profil som har nämnts. Av det dussintal utbildningar som för närvarande finns, har många en inriktning mot hälso-pedagogik och hälsofrämjande arbete och endast ett fåtal en inriktning som omfattar alla tre huvudområden som nämdes ovan – epidemio-

logi, prevention och administration. Staten bör därför t.ex. i samband med Högskoleverkets kommande översyn av folkhälsoutbildningarna i landet göra inte bara en granskning av undervisningens kvalitet, utan också analysera utbudet i ljuset av vad hälsopolitiken kräver för kompetens enligt Nationella folkhälsokommitténs överväganden och vad den framtida arbetsmarknaden skapar för behov och efterfrågan. Viktigt för det senare är att Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet i sina granskningar av den samhällsmedicinska verksamheten och det förebyggande arbetet tydliggör vilka kompetenskrav som skall gälla för att denna typ av verksamhet skall kunna utföras på ett adekvat sätt.

Det har i underlagsrapport nr 14 till kommittén, ”Behov , utbud och utveckling avseende akademisk folkhälsoutbildning i Sverige”, redovisats en omfattande flora av akademiska folkhälsoutbildningar i landet, med sinsemellan mycket olika inriktning och omfattning. Det kan dock konstateras att det mångfacetterade behovet av framför allt kvalificerad epidemiologisk och hälsoekonomisk kompetens som vi pekat på ovan endast möts av ett fåtal av alla dessa utbildningar och med en kapacitet som knappast motsvarar behovens omfattning. Dessutom expanderar den folkhälsovetenskapliga och medicinska forskningen på ett sätt som tenderar att sysselsätta ett stort antal nyutexaminerade folkhälsovetare. Det aktualiserar behovet av en förstärkning av de folkhälsovetenskapliga utbildningarna kvantitativt och med en inriktning som är anpassad till de allt mera avancerade analysuppgifter som en effektiv och flexibel förvaltning av både hälsopolitiken och hälso- och sjukvården kräver.

Det är också nödvändigt att folkhälsovetenskap förstärks i andra utbildningar. Exempel på utbildningar där folkhälsovetenskap bör ingå i ökad utsträckning är i synnerhet läkarutbildningen men också andra utbildningar som vård- och omsorgsutbildningar, tandläkarutbildningen samt förskole- och lärarutbildningen. Den medverkan av ämnet i läkarutbildningen och andra vårdutbildningar som för närvarande finns, har också framhållits som otillräcklig av Högskoleverket.²

² Högskoleverket 1997:29R.

28 Saklig hälsoinformation¹

28.1 Inledning

I kapitel 16 framhålls att människors kunskaper om hälsa och vård har förbättrats och kan antas förbättras ytterligare genom bl.a. den nya informationstekniken som underlättar för den enskilde att söka och finna kunskap. Individerna kan antas bli mer aktiva och bl.a. hämta information från ”hjälp Dig själv-böcker”, videos och databaser och ständigt fråga efter mer. En grund för detta – förutom IT-tekniken och att allt fler webbsajter om hälsa utvecklas – är den successivt ökande andelen personer med högre utbildning och ökande krav på olika former av information till följd av detta.

Denna utveckling förutsätts ge individerna större förutsättningar att påverka den egna hälsan. Samtidigt finns risker i den pågående utvecklingen. Dessa gäller informationens avhängighet av kommersiella intressen och den enskildes begränsade förmåga att kunna värdera informationen. Starka kommersiella intressen leder till behov av insatser från samhället för att öka möjligheterna för individen att kunna hitta och välja rätt. Här avses sådana tjänster och produkter med koppling till livsstil som individen kan påverka.

Stora delar av det som påverkar hälsan, som levnadsvillkor och särskilda faktorer, t.ex. stressfaktorer av olika slag, ligger dock inte enbart på individnivån. I dessa fall är behovet av insatser från samhället angeläget för att garantera tillgång till saklig information till olika aktörer om hälsans bestämningsfaktorer och hur hälsan kan bevaras och stärkas respektive särskilda sjukdomar förebyggas.

I kapitlet redovisas principiella synpunkter på saklig hälsoinformation. Vidare anges olika kanaler för hälsoinformation. Kapitlet avslutas med en bedömning.

¹ Kapitlet har skrivits av kommitténs sekretariat mot bakgrund av bl.a. ett underlagsmaterial av stabschef Bosse Pettersson, Folkhälsoinstitutet.

28.2 Saklig hälsoinformation – några principiella synpunkter

Samhället bör tillhandahålla saklig hälsoinformation till medborgarna. Uttrycket 'saklig hälsoinformation' markerar att det finns en skillnad mellan denna information och annan typ av hälsoinformation, t.ex. kommersiellt vinklad eller osaklig information. Frågan om saklig hälsoinformation rymmer minst två viktiga principiella aspekter. Dels en *rättighetsaspekt* som innebär att alla medborgare skall ha rätt att få veta vad som påverkar människors hälsa såväl positivt som negativt. Dels en *metodaspekt*, dvs. om det är etiskt lämpligt och effektivt att sprida hälsoinformation för att påverka människors beteenden i syfte att främja hälsa och förebygga sjukdomar.

Rättighetsaspekten

Rättighetsaspekten grundar sig på att alla människor skall ha likvärdiga möjligheter att få tillgång till fakta och kunskap om vad som är bra och dåligt för hälsan. Detta förutsätter i sin tur åtminstone två saker. För det första att information med fakta och kunskaper *de facto* finns något så när tillgängliga med rimliga uppoffringar för den enskilde. För det andra att någon står som garant för saktligheten, dvs. att fakta och kunskaper är säkerställda så långt som möjligt på vetenskaplig grund.

Tillgängligheten

Den 'tekniska' tillgängligheten har historiskt och ända fram till slutet av 1900-talet dominerats av personlig information genom främst läkare och sjuksköterskor samt genom tryckt information. I och med utvecklingen av etermedia och senare AV-teknik så har dessa tekniker också använts för hälsoinformation. Genom den nya IT-tekniken har möjligheterna att göra hälsoinformation tillgänglig revolutionerats, samtidigt som mängden gör det hela mer svåröverskådligt och möjligheterna att särskilja den sakliga från annan hälsoinformation försvåras. Dessutom saknar stora grupper i samhället reell tillgång till Internet, främst äldre. Tillgången och användningen av Internet är fortfarande socialt skiktad.

Den ekonomiska tillgängligheten kan bedömas som mycket god. Det offentliga har i hög grad genom skattefinansiering svarat för att tillhandahålla saklig hälsoinformation, dels genom olika produkter (broschyrer, affischer, böcker, video o.dyl.), dels genom olika offentligt ställda personalkategorier. Staten har främst tagit på sig ansvaret

för produkterna, som tillhandahållits gratis eller till starkt subventionerade priser. Rationella skäl som att Sverige är ett litet och relativt homogent land, produktions- och distributionsaspekter och begränsad tillgång till expertis talar också för en sådan ordning. Kommuner och landsting har svarat för att personal inom skolsystemet informerat elever och att sjuksköterskor, läkare och hälsoupplysare inom hälso- och sjukvården har ansvarat för patientinformation och allmän hälsoupplysning. Även Apoteket AB har bidragit till hög tillgänglighet och trovärdighet för information kring all dagliga hälsoproblem.

Tillgängligheten språkligt och etniskt ter sig mer problematisk. Språkligt är tillgängligheten i vissa fall dålig i bemärkelsen att fakta och kunskaper ibland är svårbegripligt presenterade. Det är även ett problem att den absoluta merparten av all hälsoinformation endast finns tillgänglig på svenska språket. I den mån översättningar gjorts till invandrarspråk är de bara undantagsvis också kulturellt anpassade. I detta sammanhang kan också tilläggas att synskadade och människor med dyslexi och andra lässvårigheter saknar tillgång till en anpassad hälsoinformation.

Sakligheten

Grunden för att säkerställa sakligheten måste bygga på etablerad vetenskap. Här kan graden av säkerhet variera dels mellan olika frågor, dels över tid. Alla fakta kan inte stå sig i evinnerliga tider. Samtidigt skulle trovärdigheten snabbt urholkas om 'nya sanningar' presenteras alltför ofta. Ett särskilt problem uppstår i samband med fakta som medför målkonflikter, t.ex. risken respektive nyttan med alkohol.

Sakligheten vad avser hälsoinformationen i Sverige får bedömas vara av hög kvalitet. Jämfört med en del andra länder har Sverige förmodligen varit mer försiktigt med att ta ställning i vissa frågor, som t.ex. rekommendationer om att selentillskott kan förebygga cancer. Sakligheten påverkas sannolikt också av hur vetenskapliga fakta tolkas i relation till underliggande ideologiska värderingar. I Sverige har vi t.ex. en mycket restriktiv syn på narkotika jämfört med flera andra länder.

Sakligheten förknippas med avsändaren. T.o.m. 1980-talet var saklighet och opartiskhet starkt sammankopplade. Under 1970-talet fördes bl.a. en intensiv debatt om huruvida det var lämpligt att Findus och Semper svarade för den tryckta hälsoinformationen till nyblivna föräldrar. Företagens broschyrer spreds och användes i avsaknad av alternativ genom barnavårdscentralerna. Dåvarande Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning fick statsmakternas uppdrag att ta fram objektiv

information, vilket kom att resultera i skrifterna 'Vänta barn' och 'Leva med barn' som nu är standardverk för hälsoinformation till blivande och nyblivna föräldrar. I takt med att en mer affärsmässig syn börjat tillämpas också inom den offentliga verksamheten och problem med finanserna uppkommit, har betydelsen av det offentliga som avsändare gradvis tonats ner sedan 1990-talet.

Metodaspekten

Diskussionen om hur effektiv hälsoinformation är för att påverka beteenden som är skadliga för hälsan eller kan förbättra hälsan är alltför omfattande för att redovisas uttömmande i detta sammanhang. Med lämplig utformning och spridning är det möjligt att få upp hälsofrågor i samhällsdebatten och på den politiska dagordningen. Effekterna av hälsoinformation som antingen varnar för vissa risker, eller ger vägledning om beteenden och produkter som kan främja hälsan är omstridda. Personer med redan god hälsa och bra vanor stärks i sin hållning, medan de som det är mest angeläget att påverka inte tycks beröras i någon större omfattning. En slutsats som dragits är därför att hälsoinformation kan bidra till att bibehålla och eventuellt öka hälsoklyftorna.

Även om effektiviteten från jämlikhetssynpunkt av information som påverkansmedel ifrågasätts, är det svårt att tänka sig att information inte kommer att användas i folkhälsoarbetet. När andra styrmedel som regleringar, priser och tillgänglighet kan användas i mindre utsträckning, som förmodligen blir fallet på alkoholområdet, kommer olika typer av hälsoinformation att användas i ökad utsträckning. Praktiskt taget allt förändringsarbete innehåller dessutom moment av information som en integrerad del.

Sedan 1970-talet har det bedrivits en omfattande metodutveckling för att effektivisera och modernisera hälsoupplýsningen. Förenklat kan tre olika utvecklingslinjer urskiljas. Den första har anknytning till metoder för modern marknadsföring, men med en social i stället för kommersiell inriktning. Den andra har sin grund i pedagogik och syftar till kommunikation med och delaktighet från berörda med syfte att stärka deras möjligheter att agera för sina intressen. Den tredje linjen handlar om att påverka hälsopolitiken. Olika intressenter använder information och kommunikation för att därigenom få upp sina frågor på den politiska dagordningen.

28.3 Kanaler för hälsoinformation

Hälsoinformation är ett ansvar för många aktörer. Vanligast är hälsoinformation som inriktas på upplysningar till människor som är redan är sjuka, men det finns också information om faktorer och förhållanden som kan förebygga sjukdom eller bidra till att bevara och stärka hälsan hos människor.

Myndigheter

När det gäller den senare typen av information finns det ett stort antal myndigheter som har ansvar för att människors hälsa skyddas med avseende på olika förhållanden och som har till uppdrag att upplysa om dessa förhållanden. Generellt kan man säga att de myndigheter som har ett sektorsansvar även har ett informationsansvar till allmänheten inom sitt specifika område. Inom folkhälsoområdet har bl.a. myndigheter som Livsmedelsverket, Boverket, Jordbruksverket, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen, Statens strålskyddsinstitut, Arbetskyddsverket, Riksförsäkringsverket, Läkemedelsverket, Skolverket, Vägverket Rikspolisstyrelsen och Konsumentverket ett informationsansvar som har relevans för folkhälsan.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen arbetar med hälsoinformation på ett sektorsövergripande sätt. Folkhälsoinstitutet har för närvarande till uppgift att förebygga ohälsa och främja hälsa. Folkhälsoinstitutet bedriver informationsinsatser inom främst områdena hiv/STD, tobak, alkohol, allergi, skador, kost och fysisk aktivitet. Vissa informationsinsatser rör särskilda målgrupper såsom äldre, kvinnor och barn/ungdom.

Socialstyrelsens uppgifter spänner över områdena socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd och smittskydd. Inom dessa områden har Socialstyrelsen i uppdrag att förmedla kunskap genom t.ex. föreskrifter och allmänna råd. Det är främst andra aktörer som är avnämare för Socialstyrelsen kunskapspridning. Inom t.ex. hälso- och sjukvårds- respektive smittskyddsområdet har Socialstyrelsen ett informationsansvar riktat till allmänheten.

Apoteket

Apoteket AB har ett samhällsansvar i sitt avtal med staten. Avtalet innebär att Apoteket AB har ansvar för att se till att läkemedel finns tillgängliga. Förutom sitt reglerade ansvar för läkemedelsdistribution

bedriver Apoteket AB även en omfattande generell kunskapsspridning. Apoteket AB har ambitionen att deras kunskap skall vara tillgänglig för alla – oavsett ålder, kön, utbildning, bostadsort eller inkomst.

Informationsspridningen genom Apoteket AB innefattar såväl informationsmaterial som samtal med kunder. En stor del av hälsoinformationen är relaterad till olika sjukdomar men även till livsstilsfaktorer. Exempel på material som Apoteket AB tagit fram är flera olika material om rökning, material om benskörhet, epilepsi och mag- och tarmsjukdomar. Hälsoinformationen tas ofta fram i samarbete med olika myndigheter och hälso- och sjukvården.

Folkrörelser och andra frivilligorganisationer

I dag går en del av hälsoinformationen genom folkrörelser och andra frivilligorganisationer. Olika typer av föreningar får medel för att sprida information till sina medlemmar och/eller till allmänheten. Anledningen till detta är att man bedömt att folkrörelser och andra organisationer har varit bättre lämpade att nå utsatta grupper. Exempel på organisationer som bedrivit information inom folkhälsoområdet främst riktad till allmänheten är En rökfri generation inom tobaksområdet, RFSU och RFSL inom hiv/STD-området och IOGT-NTO inom alkoholområdet. Exempel på organisationer som främst riktat hälsoinformation till sina egna medlemmar är patient- och handikapporganisationer, organisationer för etniska minoriteter, studieförbunden och idrottsrörelsen.

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har som uppdrag att både upplysa om förebyggande möjligheter och att informera om sjukdom och behandlingsmöjligheter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen § 2 c skall hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada, heter det. Dessutom anges i § 2 b att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Information via Internet

Intresset för Internettjänster inom hälso- och sjukvård har ökat kraftigt under det senaste året. En mängd varierande tjänster har lanserats och är på väg att lanseras. Tjänsterna skiljer sig åt när det gäller målgrupp, finansieringsformer, medicinska avsändare, informationsdjup m.m. Det finns för närvarande mellan 40 och 50 Internettjänster med hälsoinformation på svenska. Dessutom finns det ett tiotal specialiserade Internettjänster såsom Fråga barndoktorn, Fråga om tänder. Det finns ett antal webbplatser med ett public service-uppdrag, vilka har olika delar av det offentliga Sverige som ägare, olika landsting, Svenska Läkarsällskapet etc. InfoMedica, som ägs av Sveriges landsting och Apoteket AB innehåller faktainformation om olika sjukdomar, behandlingsmetoder, tandvård och läkemedel. Dessutom finns möjligheten att ställa frågor anonymt och få personliga svar från allmänläkare. Allt fler vårdcentraler skaffar egna hemsidor och sjukhus erbjuder patienterna att kommunicera med olika avdelningar via Internet.

Socialstyrelsen har en medicinsk faktadatabas – MARS – som riktar sig till såväl vårdpersonal som patienter. Den innehåller nationella riktlinjer för behandling av ett stort antal sjukdomar. Patientinformationen har sin tyngdpunkt i beskrivningen av de åtgärder som är dokumenterat framgångsrika när det gäller att undersöka, behandla, förebygga och rehabilitera.

Patientinformationen har utarbetats och granskats av de medicinska experter som i övrigt deltar i arbetet med faktadatabasen.

Socialstyrelsen har inlett ett arbete med att granska de hälso- och sjukvårdstjänster som finns på Internet. Man skall inventera om det finns problem vad gäller patientsäkerhet, och om Socialstyrelsen kan ha ett tillsynsansvar.

De preliminära bedömningarna tyder på att hälsoinformation via Internet kan vara ett bra instrument för att stärka patientens ställning. Informationen är lättillgänglig och möjligheter finns även att få kontakt med andra som har liknande problem. Men det kan vara svårt att bedöma informationens kvalitet, och risken finns att en jäktad person nöjer sig med ”webbhälsan” och avstår från viktiga läkarbesök. Arbetsgruppen, som avser att lämna sin rapport under december 2000, skall föreslå hur Socialstyrelsen bör följa utvecklingen av denna hälsoinformation. Gruppen skall också se om behov finns av en kvalitetsmärkning.

Arbetsgruppen har studerat ett fyrtiotal svenska webbplatser med hälsorelaterat innehåll, allt från hälsoportaler till mindre hobbyprojekt.

Preliminära slutsatser från arbetsgruppen är att de svenska hälsosajterna kan förbättras, även om det inte finns några uppenbara brister i

innehållet. Det saknas t.ex. ofta källor och uppdateringsdatum på sajterna. Namn och yrke på de personer som svarar på frågorna uppges inte alltid och tydlig uppgift om hur webbplatsen finansieras finns ofta inte med.

Inom EU drivs ett projekt som syftar till att kvalitetssäkra e-hälsaföretag. På www.hon.ch kan man läsa mer om Health on the net foundation, en schweizisk stiftelse som skapat etiska regler för hälsowebbsidor och certifierar dem. I USA har några av de största webbplatserna inom e-hälsa gått samman och deklarerat att de tänker skapa normer och regelverk för att garantera att hälsoinformationen blir tillförlitlig och säker. Där anses hälso- och sjukvårdssektorn ha en stor potential på nätet.

Sammanfattande synpunkter

Sverige är både när det gäller hälsorisker och frisk- och skyddsfaktorer ett relativt homogent land i geografiskt avseende. Också samhällsorganisationen är likartad över hela landet. Dessa förhållanden talar, tillsammans med rationaliseringsskäl som tillgången till expertunderlag, informationskompetens, produktionskostnader och distribution, för en fortsatt centralt sammanhållen basal hälsoinformation i Sverige.

Enskilda patienter kan få information på många olika sätt; muntlig information från sjukvårdens olika personalgrupper, från patientföreningar, skriftlig information från t.ex. Socialstyrelsen, Apoteket AB, läkemedelsföretag, tidningar och tidskrifter etc. Information kan också erhållas via andra media, t.ex. på kassetband, via radio och TV, per telefon genom hälso- och sjukvårdsupplysning eller särskilda linjer som Sluta Röka linjen och via Internet, vilket blir ett allt vanligare sätt för framför allt yngre människor att söka hälsoinformation.

Informationen kan vara individuellt anpassad eller rikta sig till grupper t.ex. via mödra- och barnhälsovården, skolhälsovården, ungdomsmottagningar, företagshälsovård, äldreården, tandvården etc. eller till olika sjukdomsgrupper som diabetiker, allergiker etc. I kapitel 18, En hälsoinriktad hälso- och sjukvård, beskrivs detta mer utförligt.

Vid sidan om denna information med inriktning på sjukdom finns information om faktorer och förhållanden som kan förebygga sjukdom eller bidra till att bevara och stärka hälsan hos människor. Som har redovisats har många myndigheter uppdrag med avseende på sådan information.

28.4 Bedömning

Det framgår av redovisningen att det finns ett stort antal kanaler för hälsoinformation, både sådan som är inriktad på sjukdom och sådan som gäller ett förebyggande perspektiv. Att kanalerna är många bör ses som en tillgång. Samtidigt är det angeläget att saklig information fortlöpande kan garanteras genom samhället och att det också kan garanteras att denna är tillgänglig för alla människor. Vidare är det viktigt att det finns mekanismer för ansvarsfördelning och samordning av den information som tillhandahålls av samhällets olika organ. Det gäller också den information som handlar om bestämningsfaktorer för hälsa och som kan bidra till att främja hälsa och förebygga sjukdom hos människor.

Det framhålls i kapitel 22 att det är angeläget att strategier utvecklas inom respektive samhällssektor med inriktning på bestämningsfaktorerna för hälsa och att myndigheternas ansvar bör klargöras. En huvudprincip när det gäller hälsoinformation bör vara att respektive myndighet har ansvar inom sitt område för information till allmänheten och till olika målgrupper om sådant som påverkar hälsan.

Folkhälsoinstitutet har för närvarande en roll att informera allmänheten om vad som främjar hälsa och förebygger sjukdom. Enligt förslag från Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57) bör institutets nya roll som stabsorgan till regeringen vara att förmedla fakta till regeringen, sektorsmyndigheter, landsting och kommuner, men inte information till allmänheten. Det är angeläget att institutet i denna nya roll – och mot bakgrund av Organisationskommitténs huvudförslag beträffande institutet att detta skall ansvara för uppföljning och utvärdering av folkhälsoinsatser samt vara ett kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet – ges förutsättningar att ansvara för allmän kunskapsförsörjning som underlättar hälsoinformation. För att kunna ta detta ansvar bör institutet bl.a. ha tillgång till den information som övriga folkhälsorelevanta myndigheter har samt kunna hänvisa besökare på den egna webbsidan till information hos andra myndigheter.

Folkhälsoinstitutet avses enligt Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet att få ett ansvar för övergripande tillsyn när det gäller alkohol, narkotika och tobak. Mot den bakgrunden är det rimligt att institutet ges ett mer uttalat informationsansvar för dessa frågor. För övriga frågor bör regeringen, så som föreslås av Organisationskommittén, ge Folkhälsoinstitutet eller andra myndigheter särskilda uppdrag när det gäller information.

Genom bl.a. den föreslagna förändringen av Folkhälsoinstitutets roll beträffande information till allmänheten är det angeläget att kommuner

och landsting utvecklar sin allmänna hälsoinformation och anpassar den så att den når olika målgrupper, t.ex. olika etniska grupper.

Idag förmedlas viktig hälsoinformation genom apoteken, som i princip når hela befolkningen. Denna uppgift regleras dock inte i det avtal som staten har upprättat med Apoteket AB och sker på frivillig väg. I avtalet mellan staten och Apoteket AB bör det regleras att apoteken i sin verksamhet skall ha vissa uppgifter att ge saklig producentobunden hälsoinformation till sina kunder. I avtalet med staten bör också regleras att Apoteket AB skall ge ut sin information i samarbete med berörda myndigheter och att informationen skall vara språkligt och praktiskt tillgänglig för olika grupper i befolkningen.

Frivilligorganisationer har genom sin förankring särskilda möjligheter att nå ut till sina medlemmar och de grupper som man arbetar för. De kan i flera fall bidra till ett starkare genomslag för t.ex. förändrade levnadsvanor än om statliga myndigheter står som avsändare. Självklart gäller av trovärdighetsskäl att budskapen skall vila på saklig grund. Organisationernas styrka ligger i att budskapen samtidigt kan vinklas från respektive organisations värdegrund. Därigenom ökar möjligheterna till acceptans hos mottagarna. Vissa organisationer har dock till följd av bristande resurser svårt både att utveckla en hög informationskompetens och att ha råd med spridning av sitt material. Det finns också områden, t.ex. barns och ungdomars hälsa, som genom sin komplexitet är svåra att ge en rimlig täckning från existerande frivilligorganisationer. Samhällsorganen bör stödja frivilligorganisationerna ekonomiskt för olika former av hälsoinformation till sina målgrupper. Det skall enbart vara en möjlighet för organisationerna, inte ett tvång. Stöd till deras allmänna verksamhet skall inte påverkas av detta.

DEL 6 – MEDVERKANDE OCH TRYCKSAKER

29 Medverkande och trycksaker

29.1 Inledning

I kapitlet redovisas kommitténs sammansättning och personer som har biträtt sekretariatet med material till de båda bilagedelarna. Vidare redovisas en förteckning över tidigare betänkanden och remissammansättning. Även kommitténs underlagsrapporter och de arbetsgrupper som har tagit fram dessa redovisas liksom kommitténs debattskrifter och personer som har medverkat i dessa.

29.2 Nationella folkhälsokommitténs sammansättning

Ordförande

Margareta Persson, f.d. riksdagsledamot, fr.o.m. 1996-12-09

Ledamöter

Förordnande fr.o.m. 1997-03-24 om inte annat anges:

Agneta Börjesson (mp), trafiktekniker

Leif Carlson (m), riksdagsledamot

Cecilia Carpelan (fp), utredningssekreterare

Eva Lannerö (kd), överläkare

Lars Weinehall (c), distriktsläkare

Conny Öhman (s), riksdagsledamot

Gunnar Ågren (v), landstingsråd, t.o.m. 1999-10-30

Carina Åström (v), regionråd, fr.o.m. 2000-02-01

Sakkunniga

Kerstin Blom Bokliden, miljö- och hälsoutredare vid Svenska Kommunförbundet, fr.o.m. 1998-08-10
Maria Enggren, departementssekreterare vid Socialdepartementet, fr.o.m. 1998-03-01
Måns Rosén, professor och direktör vid Socialstyrelsen, fr.o.m. 1998-06-01
Douglas Skalin, utredningschef vid Landstingsförbundet, fr.o.m. 1998-07-01
Gunnar Ågren, generaldirektör vid Folkhälsoinstitutet, fr.o.m. 1999-11-01

Experter

Olof Björlin, utredningssekreterare vid Sveriges Pensionärsförbund, fr.o.m. 1999-10-01
Finn Diderichsen, professor vid Karolinska institutet, fr.o.m. 1997-04-23
Kerstin Hildingsson, ombudsman vid SACO, fr.o.m. 1997-04-23
Christer Hogstedt, professor vid Arbetslivsinstitutet, fr.o.m. 1997-08-15
Pelle Johansson, projektledare vid Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, fr.o.m. 1997-04-23
Helena Kivisaari, ombudsman vid Sverigefinska Riksförbundet, fr.o.m. 1997-04-25
Carin Lyckéus, utredare vid Vårdförbundet, fr.o.m. 1997-04-23
Carina Nilsson, utredare vid LO, fr.o.m. 1997-04-23
Kjell Nilsson, folkhälsodirektör vid Västra Götalandsregionen, fr.o.m. 1997-10-24
Britt-Inger Stoltz, undervisningsråd vid Skolverket, fr.o.m. 1999-11-01
Leif Svanström, professor vid Karolinska institutet, fr.o.m. 1997-10-24
Töres Theorell, professor vid Institutet för psykosocial medicin, fr.o.m. 1997-08-15

Huvudsekreterare

Bernt Lundgren, socionom och ekonomisk historiker, sekreterare fr.o.m. 1997-03-01 t.o.m. 1999-09-30, huvudsekreterare fr.o.m. 1999-10-01

Sekreterare

Lillemor Cedergren, socionom och MPH, fr.o.m. 1999-05-17

Isak Reichel, fil. mag, fr.o.m. 2000-03-01

Malena Sjöberg, journalist, fr.o.m. 2000-01-01 t.o.m. 2000-09-30

Susanne Öhrling, M.A, fr.o.m. 2000-03-01

Biträde till sekretariatet

Åke Drougge, departementssekreterare vid Socialdepartementet, fr.o.m. 2000-02-01

Barbro Nilsson, assistent vid Socialdepartementet, fr.o.m. 2000-02-01

29.3 Personer som har biträtt sekretariatet vid utarbetande av bilagedelen respektive betänkandet

Remissammanställning

Anna Swift Johannisson, utredare, kap. 1–6, sammanställning av remissynpunkter på SOU 1999:137

Faktauppdateringar av sakavsnitt i bilagedelen

Oliver Renborg, konsult, kap. 2.1 Arbetsliv

Illija Batljan, departementsråd, kap. 2.2 Ekonomisk trygghet

Per-Olof Östergren, docent, kap. 2.3 Socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd

Martin Eriksson, enhetschef, kap. 3.1 Miljöfaktorer

Patrik Grahn, docent, kap. 3.2 Grönområdets betydelse för rekreation

Liselott Schäfer Elinder, avdelningsdirektör, kap. 3.3 Mat, kap. 3.4

Fysisk aktivitet

Paul Nordgren, avdelningsdirektör, kap. 4.1 Tobak

Bengt Andersson, avdelningsdirektör, kap. 4.2 Alkohol, kap. 4.3

Narkotika

Arne Melander, professor, kap. 4.4 Läkemedelsberoende

Regina Winzer, avdelningsdirektör, kap. 5.1 Psykisk hälsa

Lothar Schelp, professor och programchef, kap. 5.2 Skador

Henrik Ullén, docent, kap. 5.3 Hudcancer

Britta Andersson, avdelningsdirektör, kap. 5.4 Allergier

Gunilla Rådö, avdelningsdirektör, kap. 5.5 STD och önskade graviditeter
Sven Bremberg, docent, kap. 6.1 Barn och ungdom
Anna Thille, avdelningsdirektör, kap. 6.2 Äldre

Skribenter av hela eller delar av kapitel i bilagedelen

Susanne Holland, utredare, kap. 7 Regionala skillnader i hälsa och levnadsvillkor
Töres Theorell, professor, kap. 8 Stress i arbetslivet
Ulla Marklund, programchef, kap. 9 Utbildning i ett hälsoperspektiv
Töres Theorell, professor, Steven Brown, PhD, Lars Olof Bygren, professor, Carin Lyckéus, utredare, Gudrun Wahlqvist, enhetschef, Berit Oscarsson, ordf. (Arbetsgruppen Kultur och hälsa), kap. 10 Kultur och hälsa
Anne Hammarström, professor, kap.13 Genusperspektiv i nationella strategin för folkhälsan
Sven-Eric Bergman, konsult, kap. 16 Individens och samhällets ansvar för hälsan
Sven-Olov Edvinsson, ordf. och Berit Oscarsson, ordf., kap. 21 Folkbildningens betydelse för hälsan
Bosse Pettersson, stabschef, kap. 22 Styrning och samordning av folkhälsoarbetet, kap. 28 Saklig hälsoinformation
Finn Diderichsen, professor, kap. 23 Att mäta folkhälsans bestämningsfaktorer, konsekvenser och fördelning, kap. 27 Behov av folkhälsovetenskaplig utbildning
Karin Berensson, utredare, kap. 24 Välfärdsbokslut och HKB

Skribenter av hela eller delar av kapitel i betänkandet

Sten Losman, jurist, Författningsförslag, folkhälsolag och ändring i socialtjänstlagen
Monika Olin Wikman, jur. kand, f.d. landstingsdirektör, kap. 8 Författningskommentar, folkhälsolag och ändring i socialtjänstlagen
Paul Nordgren, avdelningsdirektör, Författningsförslag och kap. 8 Författningskommentar, ändring i tobakslagen
Finn Diderichsen, professor, kap. 2 Hälsoutvecklingen i Sverige, kap. 3 Några viktiga utvecklingslinjer i samhället och hälsans bestämningsfaktorer, kap. 4 Utgångspunkter för prioriteringar av mål och åtgärder

29.4 Tidigare betänkanden och remissammanställning

Delbetänkanden

SOU 1998:43, Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål

SOU 1999:137, Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål

Remissammanställning

Sammanställning av remissyttranden över Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43)

29.5 Underlagsrapporter och arbetsgrupper

Nr 1 Arbetslivsfaktorer

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Arbetslivsfaktorer

Ordförande: Pia Enochson

Sekreterare: Piroska Östlin

Ledamöter: Christer Hogstedt, Carina Nilsson, Töres Theorell

Nr 2 Ekonomisk försörjning och hälsa

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Ekonomisk trygghet

Ordförande: Siv Helmer

Sekreterare: Bernt Lundgren

Ledamöter: Finn Diderichsen, Staffan Marklund, Mårten Palme

Nr 3 Fattigdom i Sverige

Rapporten är skriven av Björn Halleröd

Nr 4 Sociala relationer

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Sociala relationer

Ordförande: Marita Svensson

Sekreterare: Piroska Östlin

Ledamöter: Karl-Olov Arnstberg, Olle Lundberg, Bengt Starrin, Per-Olof Östergren

Nr 5 Miljöfaktorer

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Miljöfaktorer

Ordförande: Elisabeth Söderström

Sekreterare: Ulrika Carlström Nordkvist

Ledamöter: Martin Eriksson, Patrik Grahn, Lillemor Lewan,
Göran Pershagen

Nr 6 Levnadsvanor 2 – mat och matvanor, fysisk aktivitet, kultur och fritid, solvanor

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Levnadsvanor 2

Ordförande: Carin Lyckéus

Sekreterare: Ulrika Carlström Nordkvist

Ledamöter: Åke Bruce, Lars Olov Bygren, Björn Ekblom,
Christina Fjellström, Henrik Ullén

Nr 7 Levnadsvanor 1 – tobak, alkohol, narkotika och läkemedelsberoende

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Levnadsvanor 1

Ordförande: Jakob Lindberg

Sekreterare: Piroska Östlin

Ledamöter: Bertil S Hanson, Håkan Leifman, Arne Melander,
Paul Nordgren

Nr 8 Skador

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Skador inom Folkhälsoinstitutet

Ansvarig: Lothar Schelp

Nr 9 Allergier

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Allergier inom Folkhälsoinstitutet

Ansvarig : Inger Sävenstrand-Rådö

Utredare: Katarina Hjördisdotter

Expert: Max Kjellman

Nr 10 Psykisk hälsa

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Psykisk hälsa

Ordförande: Lars Jacobsson

Sekreterare: Kent Karlsson

Ledamöter: Marianne Cederblad, Hans Kihlström, Kristoffer Konarski

Nr 11 Barn och Ungdom

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Barn och ungdom

Ordförande: Sven-Olov Edvinsson

Sekreterare: Ulrika Carlström Nordkvist

Ledamöter: Sven Bremberg, Curt Hagquist, Per Nilsson,
Annika Strandell

Nr 12 Äldre

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Äldrefrågor

Ordförande: Lars Wettergren

Sekreterare: Bernt Lundgren

Ledamöter: Lars Andersson, Ingalill Rahm Hallberg,
Gunnar Wennström, Bengt Winblad

Nr 13 Folkhälsa och integration

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Folkhälsa och integration

Ordförande: Iréne Lindén

Sekreterare: Susanne Öhrling

Ledamöter: Solvig Ekblad, Helena Kivisaari, Maria Roselius

**Nr 14 Behov, utbud och utveckling avseende akademisk folkhälso-
utbildning i Sverige**

Rapporten är skriven av Bengt Wramner

Nr 15 En hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Rapporten är framtagen av Arbetsgruppen för analys av hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan.

Ordförande: Lars Weinehall

Sekreterare: Lillemor Cedergren

Ledamöter: Margareta Albinsson, Lars Himmelmann,
Margareta Kristenson, Bosse Pettersson, Douglas Skalin, Ingrid Ström

**Nr 16 Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser – en antologi om
synsätt, utvärderingsmetoder m.m.**

Rapporten är framtagen av Nationella folkhälsokommitténs expertgrupp för ekonomisk analys av folkhälsoinsatser

Ordförande: Måns Rosén

Sekreterare: Gun Sundberg

Ledamöter: Kristina Burström, Ulf G Gerdtham, Andréas Hagnell,
Lars Lindholm, Bernt Lundgren, Carl Hampus Lyttkens,
Richard Murray, Anders Norlund, Birgitta Olsson, Edward Palmer,
Bosse Pettersson, Douglas Skalin

Nr 17 Kunskaps- och forskningsbehov för folkhälsopolitik och folkhälsoarbete

Rapporten är framtagen av Arbetsgruppen för folkhälsovetenskap.

Ordförande: Christer Hogstedt

Sekreterare: Anna Hedin

Experter: Peter Allebeck, Finn Diderichsen, Göran Ejlertsson, Kerstin Ekberg, Sven-Olof Isacson, Gunilla Jarlbro, Carl Hampus Lyttkens, Töres Theorell, Per Tillgren, Stig Wall, Bengt Wramner, Piroska Östlin

Nr 18 Hälsa och funktionshinder

Rapporten är framtagen av arbetsgruppen Hälsa och funktionshinder

Ordförande: Barbro Carlsson

Sekreterare: Malena Sjöberg

Experter: Pelle Johansson, Karin Paulson, Gerd Peterson, Roger Qvarsell,

Nr 19 Myndigheternas folkhälsoansvar

Rapporten är framtagen av Nationella folkhälsokommitténs sekretariat.

Sekreterare: Susanne Öhrling

29.6 Debattskrifter och medverkande

Tillitsbristsjukdomar – myt eller verklighet?

Debattinlägg av Edgar Borgenhammar och Robert Olin

Tobaken – folkhälsans största fiende?

Debattinlägg av Göran Boethius, Paul Nordgren, Måns Rosén, Bengt Haglund

Arv och miljö – hur påverkas hälsan?

Debattinlägg av Marianne Rasmusson, Denny Vågerö

Svensk alkoholpolitik – välmotiverad eller förlegad?

Debattinlägg av Leif Carlson, Gunnar Ågren, Sven Andréasson

Gammal och frisk? – om äldres hälsa

Debattinlägg av David Gaunt, Lars Andersson, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Gerdt Sundström, Tullia von Sydow

En god hälsa – ett socialt privilegium?

Debattinlägg av Olle Lundberg, Pernilla Ström och Göran Greider

Sjuk eller frisk i själen? – om synen på psykisk (o)hälsa

Debattinlägg av Roger Qvarsell, Yvonne Forsell, Lars Grip,
Töres Theorell, Danuta Wasserman

”Nya diagnoser” – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar

Debattinlägg av Robert Olin

Motion och idrott – fördelar eller faror för hälsan?

Debattinlägg av Erwin Apitzsch, Patrik Grahn, Carina Nilsson,
Tomas Gustafson, Bengt Pohjanen, Lars-Göran Rydqvist

Med gemensamma krafter. Organisationernas betydelse för människors hälsa

Debattinlägg av Olof Björlin, Sven-Olov Edvinsson, Eva Fried,
Staffan Hallin, Ulla Inezdotter, Kjell E Johansson, Ann Jönsson,
Anna Mohr, Kerstin von Plato samt en medlem i Anonyma Alkoholister