

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 14 december 1995 om direktiv till en kommitté med uppgift att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen. I direktiven framhölls att målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Genom beslutet bemyndigades socialministern att utse ledamöter, sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde som fordras för att utföra uppdraget.

Den 26 juni 1997 beslutade regeringen om vissa tilläggsdirektiv till kommittén med anledning av det inom Världshälsoorganisationen (WHO) inledda arbetet med att revidera den s.k. Hälsa-för-alla-strategin.

Med stöd av ovan nämnda bemyndigande beslutades den 9 december 1996 att utse förbundsordförande Margareta Persson att vara ordförande i kommittén. Den 24 mars 1997 förordnades följande personer att som ledamöter ingå i kommittén: trafiktekniker Agneta Börjesson, riksdagsledamot Leif Carlson, utredningssekreterare Cecilia Carpelan, bitr. överläkare Eva Lannerö, distriktsläkare Lars Weinehall, landstingsråd Gunnar Ågren och riksdagsledamot Conny Öhman.

Som sakkunniga förordnades den 24 mars 1997 följande personer: programsekreterare Anne-Christine Centerstig, generaldirektör Agneta Dreber, utredningssekreterare Sam Miller, departementsråd Ingrid Petersson och generaldirektör Claes Örtendahl.

Som experter utsågs den 23 april 1997 professor Finn Diderichsen, ombudsman Kerstin Hildingsson, utredningskonsulent Pelle Johansson, f.d. riksdagsledamot Gunnel Jonäng, utredare Carin Lyckéus och utredare Carina Nilsson samt den 25 april 1997 ombudsman Helena Kivisaari.

Den 15 augusti 1997 förordnades som experter i kommittén därutöver professor Christer Hogstedt, undervisningsråd Olle Norgren, professor Töres Theorell och trafiksäkerhetsdirektör Claes Tingvall samt

den 24 oktober 1997 folkhälsodirektör Kjell Nilsson och professor Leif Svanström.

Huvudsekreterare i kommittén har varit departementsråd Håkan Ceder. Övriga sekreterare har varit socionom Bernt Lundgren samt dr i medicinsk vetenskap Piroska Östlin. Under år 1997 har folkhälsoråd Göran Dahlgren varit knuten till kommittén såsom rådgivare. Assistent i kommittén har varit Gunnel Jägerskog.

Kommittén hade sitt första sammanträde i april 1997 och beslutade då att anta namnet Nationella folkhälsokommittén.

Med anledning av det nyss nämnda tilläggsdirektivet avlämnade kommittén i november 1997 till Socialdepartementet ett yttrande över det förslag till ny Hälsa-för-alla-strategi för Europaregionen som utarbetats inom WHO.

Nationella folkhälsokommittén överlämnar härmed betänkandet SOU 1998:43. Betänkandet utgör det första steget i den process som skall resultera i förslag till nationella folkhälsomål och strategier. I betänkandet redovisas vissa utgångspunkter och principer som kommittén bedömer bör vara vägledande i det fortsatta arbetet med nationella hälsomål och strategier. Avsikten är att betänkandet, genom kommitténs försorg, skall remitteras till olika berörda organ inom folkhälsoområdet. De synpunkter som på detta sätt inhämtas kommer att utgöra ett viktigt underlag i kommitténs fortsatta arbete med nationella folkhälsomål.

I arbetet med detta betänkande har även medverkat docent Urban Janlert (Folkhälsopolitikens historia och framväxt, avsnitt 3.1) samt t.f. enhetschef Arne Edström (Lagstiftningar med nära anknytning till folkhälsoområdet, bilaga 2). Experten Finn Diderichsen har medverkat med texter till kapitlen 2 och 7.

Betänkandet har även framställts i kassettversion samt i lättläst form.

Stockholm i mars 1998

Margareta Persson

Agneta Börjesson
Leif Carlson
Cecilia Carpelan
Eva Lannerö

Lars Weinehall
Gunnar Ågren
Conny Öhman

*/Håkan Ceder
Bernt Lundgren
Piroska Östlin*

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Nationella folkhälsokommitténs uppdrag	27
2 En inledande begreppsanalys	33
2.1 Målens syfte – att synliggöra och möjliggöra	34
2.1.1 Folkhälsoansvaret.....	35
2.1.2 Avvägningar vid målformuleringar.....	36
2.2 Begrepp och mått för att beskriva folkhälsan	37
2.2.1 Förebygga sjukdom och främja hälsa.....	37
2.2.2 Att definiera och mäta hälsa och sjukdom	38
2.2.3 Att definiera och mäta ohälsans orsaker och hälsans förutsättningar	39
2.2.4 Perspektivval: Individ eller befolkning.....	41
3 Folkhälsopolitiken - historia och nuläge	45
3.1 Folkhälsopolitikens historia och framväxt	45
3.1.1 När uppfanns folkhälsopolitiken?	46
3.1.2 Folkhälsa, folkhälsopolitik och folkhälsoarbete	48
3.1.3 Ohälsopanoramats utveckling	49
3.1.4 Vad bestämmer folkhälsan?	51
3.1.5 Ett försnävat medicinskt perspektiv	51
3.1.6 Traditionellt folkhälsoarbete inom och utom hälso- och sjukvårdssektorn.....	52
3.1.7 Några särskilda hälsopolitiska områden.....	54
3.2 Mål och inriktning för dagens folkhälsopolitik.....	64
3.2.1 1984 års proposition slår fast alla sektors ansvar	65
3.2.2 1991 års proposition betonar ökad jämlikhet	67
3.2.3 1994 års skrivelse – folkhälsoarbete en investering.....	69

4	Aktörer och roller i folkhälsoarbetet.....	71
4.1	Inledning.....	72
4.2	Lokalt folkhälsoarbete.....	73
4.2.1	Många kommunala verksamheter påverkar folkhälsan.....	73
4.2.2	Landstingen har ett lagreglerat folkhälsoansvar	79
4.2.3	Samverkan blir allt viktigare	83
4.2.4	Kommunernas intresse ökar	88
4.3	Regionalt folkhälsoarbete	89
4.3.1	Landstingens samhällsmedicinska verksamhet.....	90
4.3.2	Landstingens hälso- och utvecklingsplanering	92
4.3.3	Länsstyrelsernas roll	96
4.3.4	Folkhälsovetenskaplig utbildning	98
4.4	Nationellt folkhälsoarbete	99
4.4.1	Staten har flera roller inom folkhälsoområdet	99
4.4.2	Folkhälsoaspekter ingår i många myndigheters arbete ...	100
4.4.3	Samverkan ökar effektiviteten och kvaliteten i myndigheternas arbete	112
4.4.4	Organisationer och nationella nätverk stimulerar utvecklingen på alla nivåer.....	112
5	Hälsopolitiska mål och strategier – några internationella exempel	115
5.1	WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa	115
5.2	EU:s folkhälsopolitik	119
5.3	Nationella folkhälsomål och strategier i några länder ...	121
6	Hur står det till med folkhälsan i Sverige? – en beskrivning ...	129
6.1	Inledning.....	130
6.2	Välfärdens och livsvillkorens utveckling.....	131
6.2.1	Materiell välfärd.....	132
6.2.2	Utbildning	134
6.2.3	Arbetsliv och vardagsliv	135
6.2.4	Sociala relationer.....	139
6.3	Levnadsvanor	141
6.3.1	Tobaksvanor.....	141
6.3.2	Alkoholvanor.....	142
6.3.3	Narkotikavanor.....	143
6.3.4	Psykofarmaka.....	144
6.3.5	Matvanor	145
6.3.6	Fysisk aktivitet och övervikt	145

6.3.7	Solvanor	147
6.4	Folkhälsans utveckling och fördelning	147
6.4.1	Hälsans utveckling i Sverige i ett internationellt perspektiv	148
6.4.2	Medellivslängd	150
6.4.3	Dödlighet	150
6.4.4	Självskattad hälsa	151
6.4.5	De stora "etablerade" folksjukdomarna	151
6.4.6	"Nya" hälsoproblem	165
6.5	Hälsa i ett åldersperspektiv och den ojämlika hälsan	167
6.5.1	Hälsa i olika åldrar	168
6.5.2	Den ojämlika hälsan	175
7	Att sammanväga sjuklighet och dödlighet	185
7.1	Värdeantaganden	186
7.2	Tekniska lösningar	188
7.2.1	QALY:s konstruktion	188
7.2.2	DALY:s konstruktion	189
7.3	Pågående utvecklingsarbete	195
8	Utgångspunkter inför det fortsatta arbetet med nationella folkhälsomål och strategier	197
8.1	Hälsopolitikens möjligheter och begränsningar	197
8.1.1	På vilket sätt har politiken hälsokonsekvenser?	198
8.1.2	Specifika folkhälsoinsatser	202
8.2	Sverige behöver nationella folkhälsomål	205
8.3	Avgränsningen av vårt uppdrag	208
8.4	Några synpunkter på frågan om etik och ekonomi	212
8.4.1	Principiella etiska synsätt	213
8.4.2	Direktiv 1994:23	214
8.4.3	Ett samhällsekonomiskt synsätt	215
8.4.4	Expertgrupp för ekonomiska analyser	216
8.5	Perspektiv i folkhälsoarbetet	216
8.5.1	Riskperspektivet	218
8.5.2	Frisk- och skyddsperspektivet	221
8.5.3	Sjukdomsperspektivet	224
8.5.4	Målgruppsperspektivet	227
8.5.5	Arenaperspektivet	231
8.5.6	Olika perspektiv kompletterar varandra	233
8.6	Kriterier vid valet av risk-, frisk- och skyddsfaktorer, målgrupper och hälsoproblem	235

8.6.1	Kriterier för val av risk-, frisk- och skyddsfaktorer	236
8.6.2	Kriterier för val av målgrupp	238
8.6.3	Kriterier för val av hälsoproblem	239
8.7	Några synpunkter om samverkan och kunskapsunderlag i folkhälsoarbetet	241
8.7.1	Samverkan på lokal och regional nivå	242
8.7.2	Samordning på nationell nivå.....	245
8.7.3	Organisationernas roll	246
8.7.4	Modeller för hälsokonsekvensbedömningar	246
8.7.5	Kunskap om yrkesuppgifter för forskning	248
9	Hälsopolitiska mål och strategier – några exempel som under-lag för en idédebatt	251
9.1	Ohälsosam stress	253
9.2	Sociala nätverk	255
9.3	Tobak och alkohol.....	256
9.4	Mat	261
9.5	Fysisk aktivitet	262
9.6	Psykisk ohälsa	264
9.7	Allergier	265
9.8	Skador	267
9.9	Arbetsplatsen.....	268
9.10	Boendet och närmiljön	270
9.11	Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier	271
9.12	Barn och ungdomar	273
9.13	Äldre.....	275
10	Vårt fortsatta arbete	277
10.1	Arbetet skall ske i tre steg	278
10.2	De utåtriktade arbetet	279
 Bilagor		
Bilaga 1	Kommittédirektiv	281
	Tilläggsdirektiv	289
Bilaga 2	Lagstiftningar med nära anknytning till folkhälsoområdet.....	291

Sammanfattning

Nationella folkhälsokommitténs uppdrag (kap. 1)

Nationella folkhälsokommitténs huvuduppdrag är att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet i Sverige. I uppdraget ligger dels att formulera mål för hur hälsan bör utvecklas i framtiden, dels att föreslå strategier för folkhälsoarbetet. De nationella målen och strategierna skall vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan. Arbetet med nationella hälsomål skall stödja och inspirera folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället. Kommittén skall sträva efter en bred samverkan med skilda aktörer inom området och fortlöpande pröva förslag om nationella hälsomål i en dialog med berörda instanser.

En inledande begreppsanalys (kap. 2)

Att forma hälsopolitiska mål för nationen innebär en dialog mellan vetenskapliga och politiska överväganden. Därför behövs en begreppsanalys som möjliggör en dialog och tydliggör innebörden av viktiga begrepp inom folkhälsoområdet. Det är viktigt att skilja på å ena sidan ansvaret för individers hälsa, dvs. individers risk för sjukdom och sjukdomars förlopp, och å andra sidan ansvaret för en befolknings hälsa, dvs. folkhälsan. Det senare omfattar inte bara summan av individernas hälsa utan även det mönster av större eller mindre olikhet i hälsa som råder mellan olika grupper av befolkningen. Medan ansvaret för individers hälsa är ett samspel mellan individ och samhälle är folkhälsan i högre grad ett ansvar för samhället.

För att kunna formulera hälsopolitiska mål behövs svar på ett stort antal frågor som gäller hälsoproblemen i olika befolkningsgrupper, de viktigaste orsakerna till problemen, vilka olika åtgärder som kan sättas in och vad effekterna blir av dessa. Andra frågor gäller t.ex. hur en jämlik situation beträffande hälsa skall kunna uppnås och hur eventuella konflikter mellan hälsomål och andra mål i samhället skall hante-

ras. Formulering av mål för samhällets folkhälsopolitik blir därmed en komplex avvägning mellan många aspekter.

Medan sjukdom oftast definieras biostatistiskt som en avvikelse från en normal kroppsfunktion har de flesta analyser av begreppet hälsa betonat detta dels som en upplevelse av välbefinnande och dels som förmåga till handling. Hälsa blir enligt det senare synsättet inte ett mål i sig utan ett medel för att uppnå det goda livet. Det finns således skäl att skilja på begreppen hälsa och sjukdom, inte som två ytterligheter på samma skala, utan som två olika dimensioner.

När det gäller att mäta hälsoutvecklingen och klargöra orsaker till denna dominerar användningen av sjukdomsbegreppet. Vanligtvis används sjukdom och dödsfall som mått. På grund av sjukdomars sociala konsekvenser är det viktigt att vidga beskrivningen av olika sjukdomars "börda" på befolkningen till att omfatta, förutom mått för sjukdom och dödlighet, även mått för funktionsnedsättning och handikapp.

De flesta av dagens sjukdomar har flera bidragande orsaker. Ett viktigt förhållande för hälsopolitiken är att olika bidragande orsaker kan påverka varandra. Negativa hälsoeffekter av höga krav i arbetslivet i kombination med bristande möjligheter att påverka arbetsförhållandena kan t.ex. påverkas om vidgade inflytandemöjligheter ger möjlighet till förändring av de krav som ställs i arbetet. Mellan två bidragande orsaker kan också finnas en interaktion så att effekten av den ena faktorn är beroende av den andra faktorn. Effekten av höga krav i arbetslivet kan t.ex. vara beroende av graden av beslutsutrymme. Ökar detta utrymme kan hälsoeffekten av höga krav minska drastiskt även om kraven i sig inte ändras.

Orsaksfaktorerna till ohälsa kan finnas på olika nivåer, alltifrån t.ex. den förda ekonomiska politiken på makronivå till ärftliga egenskaper hos individen. Hälsopolitiken måste mot den bakgrunden inrikta sig mot flera nivåer av orsakskedjorna.

Folkhälsopolitiken – historia och nuläge (kap. 3)

Kapitel 3 inleds med en redovisning av folkhälsopolitikens historia och framväxt. Man kan för Sveriges del knappast påstå att det fanns någon mer medveten folkhälsopolitik förrän på 1700-talet. Merkantilismen, som lade stor vikt vid ett lands folkökning, kom att bli en viktig drivkraft för mer systematiska insatser för att förbättra det vi i dag brukar kalla folkhälsan.

Man kan med goda argument hävda att Sverige haft en folkhälsopolitik betydligt längre än en sjukvårdspolitik. När samhället i mer organiserad form började intressera sig för medborgarnas hälsotillstånd

hade den medicinska vetenskapen inte så mycket av behandling att erbjuda. Så sent som vid mitten av 1800-talet fanns bara ett par effektiva läkemedel. Totalt sett och i ett historiskt perspektiv har sjukvården dock kommit att spela en viktig roll för hälsoutvecklingen. Grundläggande förhållanden i samhället som t.ex. förekomst av krig, fattigdom och ekonomisk utveckling har emellertid varit av väsentligt större betydelse för hälsoutvecklingen.

Sverige har sedan mitten av 1700-talet haft en kraftig och oavbruten ökning av medellivslängden. Under de senaste 200 åren har medellivslängden ungefär fördubblats. Under hela perioden har kvinnorna levt längre än männen, men skillnaderna har varierat över tiden. Redan under 1700-talet fokuserades de förebyggande insatserna till stor del på att förhindra sjukdom och dödsfall bland barn. Vid den tidpunkten var dödligheten dock mycket stor. Av 1 000 födda barn dog omkring 200 redan under det första levnadsåret. Ser man till ohälsopanoramats utveckling under 1900-talet har de kroniska sjukdomarna ökat kraftigt relativt sett medan infektionssjukdomarna minskat markant.

Statistiken över antalet dödsfall och skador inom arbetslivet visar en mycket kraftig minskning under 1900-talet. Bakom denna påtagliga hälsovinst ligger ett långvarigt och systematiskt arbete direkt riktat mot förbättringar av arbetsmiljön. Folkrörelserna – t.ex. nykterhetsrörelsen, frikyrkorörelsen, arbetarrörelsen, konsumentkooperationen, den tidiga kvinnorörelsen och idrottsrörelsen – har spelat en viktig roll för hälsoutvecklingen i Sverige. Detta gäller trots att få av folkrörelserna haft en förbättrad folkhälsa som ett uttalat mål för sin verksamhet.

Sverige har i ett internationellt perspektiv haft förhållandevis små skillnader i ohälsa mellan olika sociala grupper. De senaste folkhälso-rapporterna visar emellertid vissa tecken på att skillnaderna i ohälsa ökar. Detta är viktigt att notera inför framtida val av område och metod för folkhälsoarbetet.

I kapitlet (avsnitt 3.2) redovisas vidare några tillfällen under 1980- och 90-talet då regeringen och riksdagen mer samlat behandlat folkhälsofrågor.

I 1984 års folkhälso proposition (prop. 1984/85:181) talas för första gången om en samlad folkhälso politik. Samtidigt betonas vikten av ett aktivt och tvärssektoriellt folkhälsoarbete. Det förebyggande arbetet är en uppgift för hela samhället. Arbetet måste engagera medborgarna, folkrörelser och andra ideella organisationer samt myndigheter som på olika sätt kan medverka till att minska hälsorisker och främja goda livsvillkor. I propositionen konstateras att befolkningen i stort har ett gott hälsoläge, men att det finns betydande skillnader mellan olika social- och yrkesgrupper i hälsoläget. Det förebyggande arbetet måste,

mot den bakgrunden, ägna särskild uppmärksamhet åt de grupper som är mest utsatta för hälsorisker.

Genom 1991 års folkhälsoproposition (prop. 1990/91:175) sätts skillnaderna i hälsa mellan olika grupper ytterligare i fokus. Enligt propositionen har folkhälsopolitiken under senare år präglats av stor effektivitet i den meningen att folkhälsan har förbättrats avsevärt, men samtidigt finns flera tecken som tyder på att den sociala ojämlikheten i hälsan har ökat. Mot den bakgrunden skall ökad jämlikhet vara det överordnade målet för folkhälsopolitiken. I 1991 års proposition betonas vidare att det lokala deltagandet och engagemanget i folkhälsoarbetet måste vidareutvecklas. Basen för folkhälsoarbetet måste i allt högre grad läggas på lokal nivå, där program bör tas fram och insatser göras. I propositionen understryks vikten av att hälsoaspekter beaktas när beslut tas inom olika områden. Ett långsiktigt utvecklingsarbete är av stor betydelse för att säkerställa att hälsomässiga konsekvenser av olika beslut kan belysas. Som en följd av 1991 års folkhälsoproposition beslutades att inrätta Folkhälsoinstitutet.

Det senaste tillfället då regering och riksdag mer samlat behandlat folkhälsofrågorna är i en regeringsskrivelse från år 1994 (skr. 1993/94:247). I skrivelsen uppmärksammas ånyo hälsoskillnaderna i samhället. Den allmänna hälsoutvecklingen i Sverige är positiv, men för vissa grupper är den ogynnsam. Mot den bakgrunden framhålls att metoder behöver utvecklas för att i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet nå de mest utsatta. I skrivelsen betonas att folkhälsoarbetet skall ha ett långsiktigt perspektiv och att det kan betraktas som en investering.

Aktörer och roller i folkhälsoarbetet (kap. 4)

Folkhälsopolitikens åtgärder berör många sektorer och omfattar både lokala, regionala och nationella nivåer. På den *lokala nivån* har kommunala verksamheter stor betydelse för folkhälsan. Kommunerna ansvarar för hälsoskydd, miljöskydd, livsmedelskontroll, kemikaliehantering, avfallsfrågor, djurskydd och smittskydd. De har också ansvar för planläggning av mark och vatten och beslutar om bygglov i samband med ny- och ombyggnad. Byggnader som uppförs eller ändras skall uppfylla krav i fråga om bl. a. brandsäkerhet, skydd med hänsyn till hygien samt hälsa och miljö. Kommunerna ansvarar vidare för insatser som gäller trafiksäkerhet.

Skolan har viktiga uppgifter inom folkhälsoområdet. Verksamma inom skolan skall främja jämställdhet mellan könen och aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasis-

tiska beteenden. Skolhälsovården har ansvar för att följa elevernas utveckling och bl.a. verka för goda levnadsvanor hos dem. Skolan ansvarar för förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg fr.o.m. den 1 januari 1998.

Kommunerna skall verka för att äldre människor bl.a. får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden samt att funktionshindrade personer som möter stora svårigheter i sin livsföring bl.a. får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Kommunerna har även ansvar för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Särskilda insatser skall göras för barn och ungdom.

Landstingen har ett lagreglerat folkhälsoansvar. I landstingens uppgift ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Medicinskt förebyggande insatser är miljö- resp. individinriktade. Till miljöinriktade insatser hör bl.a. att fastställa hur kemiska och biologiska m.fl. faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd. Individinriktade insatser är bl.a. att uppspåra hälsoproblem av skilda slag och att svara för vaccinationer, hälsoupplýsning samt mödra- och barnhälsovård.

Landstingen utför ett lokalt förebyggande arbete genom primärvården och folktandvården. Primärvårdens roll i det förebyggande arbetet tydliggjordes genom riksdagsbeslut år 1985. Det betonades att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet och ha ett övergripande ansvar för det lokala hälsovårdsarbetet. Verksamheten skall utgå från såväl ett befolknings- som ett individperspektiv och innefatta bl.a. redovisning av lokala hälsobeskrivningar, medverkan i samhällsplaneringen, uppsökande verksamhet bland s.k. svaga grupper, ansvar för hälsoupplýsning, hälsokontroller samt hälsovård till mödrar och barn.

Utvecklingen under 1990-talet av det lokala folkhälsoarbetet har stötts aktivt av landstingen. Undersökningar visar att lokal tvärsektoriell samverkan mellan kommuner, landsting och andra aktörer blir allt vanligare och att kommunernas engagemang för folkhälsofrågorna växer. En kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete gjordes hösten år 1995 i samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och Svenska kommunförbundet. Av kommunerna uppgav en majoritet att de har tvärsektoriella hälsoråd med representanter från egna verksamheter och från bl.a. landsting, försäkringskassa och frivilliga organisationer. Hälsoråden fungerar vanligen som rådgivande organ och lyder oftast under kommunstyrelsen.

En mindre del av kommunerna har enligt undersökningen en övergripande handlingsplan för hela folkhälsoarbetet. Vanligare är att

kommunerna har planer för särskilda programområden, t.ex. för droger, allergi, miljö och Agenda 21-verksamhet samt tobak och alkohol.

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet gjorde en undersökning år 1996 om samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting. Undersökningen visar att en stor majoritet av både landsting och kommuner är positiva till ett samarbete i folkhälsofrågor, varav flera är mycket positiva. Både landsting och kommuner poängterar vikten av att ha politiker med i folkhälsoarbetet.

När det gäller den *regionala nivån* har nästan alla landsting samhällsmedicinska enheter eller motsvarande och ett omfattande samarbete med universitet och högskolor. En majoritet av landstingen lägger ned ett stort arbete på befolkningsenkäter och folkhälsoberättelser och nästan alla landsting har särskilda handlingsprogram. När det gäller uppgiften att vara bl.a. kunskapskälla och en part som stödjer och stimulerar folkhälsoarbetet på lokal nivå saknas fortfarande kompetens i viss omfattning.

Landstingen har under senare år i flertalet fall tagit fram hälsopolitiska mål och program som utgör en god grund för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete både i egen regi och i samverkan med kommuner och organisationer. Viktiga primärpreventiva insatser har definierats t.ex. beträffande HIV/AIDS, skador inkl. misshandel av barn och kvinnor, självmord, allergier, diabetes, alkohol- och narkotikamissbruk, rökning, kost- och motionsvanor etc. Politiskt har måldokumentet förankrats genom politiska beslut och genom tillsättning av bl.a. särskilda folkhälsoberättelser och politiskt tillsatta folkhälsoberättelser.

Landstingen bedömer i ökande grad att folkhälsofrågorna är viktiga ur ett regionalt utvecklingsperspektiv. Detta gäller inte minst i de pågående försöksverksamheterna med regionalt utvecklingsansvar i Skåne län och Västra götlands län.

Länsstyrelsen är bl.a. tillsynsmyndighet enligt miljölagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om kemiska produkter, plan- och bygglagen, alkohollagen och socialtjänstlagen. Inom alkoholområdet ger länsstyrelsen råd och stöd till kommunerna. Länsstyrelsen har vidare till uppgift att samordna det regionala arbetet med alkohol- och drogförebyggande insatser. Länsstyrelserna har sedan år 1994 haft ansvar för fördelning av projektmedel för utveckling av den öppna vården för missbrukare.

Utbildningen i folkhälsovetenskap håller på att byggas ut i landet och kan förutses successivt bli ett allt viktigare instrument i den regionala och lokala utvecklingen av folkhälsoarbetet.

Staten har på den *nationella nivån* flera roller i folkhälspolitik. En av dessa är att utforma en hälsopolitik som syftar till att skapa förutsättningar för en god hälsa i hela befolkningen. Staten har vidare till uppgift att understödja kvalitetsutvecklingen genom FoU-insatser, upp-

byggnad och drift av nationella register samt att lämna bidrag till finansiering av olika försöksverksamheter etc. En annan uppgift är att via lagstiftning stödja folkhälsoarbetet. Ytterligare en uppgift är att utöva tillsyn av folkhälsoarbetet.

På den nationella nivån har vidare ett stort antal myndigheter uppgifter som är av stor betydelse i ett folkhälsoperspektiv. Det gäller myndigheter som har ansvar för bl.a. tillsyn och forskning med anknytning till arbetsmiljö och arbetsmarknad, boende, miljösektorn, transportsektorn, livsmedelssektorn, utbildningssektorn och den sociala sektorn. Bland myndigheterna finns Folkhälsoinstitutet som har i uppdrag att dels stödja lokalt och regionalt folkhälsoarbete i kommuner, landsting och organisationer, dels främja samarbete på nationell nivå. På den nationella nivån finns ett stort antal organisationer och folkrörelser som gör viktiga insatser inom folkhälsoområdet. Organisationerna och deras medlemmar är i verklig mening sakkunniga inom sina resp. områden. Detta gagnar folkhälsofrågorna och möjligheterna att åstadkomma förändringar som är positiva. Kommittén skall arbeta öppet och utåtriktat och ha en bred samverkan med olika aktörer inom folkhälsoområdet. I det sammanhanget intar organisationerna en central roll.

Hälsopolitiska mål och strategier – några internationella exempel (kap. 5)

De hälsopolitiska mål och strategier som tagits fram inom WHO, EU och länder som Finland, Holland, England och USA präglas av stora skillnader såväl när det gäller mål som åtgärder. EU:s och Englands hälsomål utgår nära nog helt från ett sjukdomsinriktat perspektiv. De saknar hälsopolitiska jämlikhetsmål och har en stark inriktning mot hälsoupplýsning i ett individ/beteendeperspektiv.

WHO:s Hälsa-för-alla-strategi och de länder som inspirerats av denna, t.ex. Finland och Holland, har en ansats med kompletterande målperspektiv, fokus på jämlikhetsmål och utsatta grupper samt åtgärdsförslag som omfattar såväl samhälls- som individinriktade insatser.

USA:s hälsopolitiska måldokument är vad avser målpreciseringar och jämlikhetsmål baserat på ett omfattande vetenskapligt underlag men saknar nära nog helt de samhällsinriktade åtgärdsförslag som torde vara en förutsättning för att uppnå de hälsopolitiska jämlikhetsmålen. Det finns anledning att i arbetet med svenska hälsomål och strategier ta del av de erfarenheter som gjorts i fråga om andra länders och internationella organs hälsomål.

Hur står det till med folkhälsan i Sverige? – en beskrivning (kap. 6)

1990-talet har inneburit ett trendbrott i många avseenden i fråga om befolkningens välfärdsutveckling. Den ekonomiska saneringen av statens finanser har inneburit att hushållens disponibla inkomster har minskat. Inkomsterna har minskat mest bland ungdomarna och ensamstående med barn. Under 1980- och 1990-talen har inkomstskillnaderna ökat. Andelen fattiga har mer än fördubblats mellan åren 1990 och 1995. Värst drabbade är arbetare och förtidspensionärer, ensamstående föräldrar, föräldrar med många barn samt unga småbarnsföräldrar. Hushållens ekonomiska problem har ökat påtagligt under 1990-talet. Ca 18 procent av hushållen har svårigheter med att klara av löpande utgifter. Befolkningens materiella standard har sjunkit och standardskillnaderna mellan generationerna har ökat till ungdomarnas nackdel.

Närmare 90 procent av befolkningen som är född efter år 1940 har någon form av påbyggnadsutbildning efter den obligatoriska grundskolan. Social snedrekrytering till skolan är påfallande. Vart fjärde barn från högre tjänstemannafamiljer går vidare till universitet och högskolor, medan motsvarande gäller för vart tjugonde barn från arbetarhem.

År 1996 saknade 685 000 fler sysselsättning än år 1990. År 1995 var arbetslösheten drygt 10 procent bland arbetare och knappt 3 procent bland högre tjänstemän. År 1996 var närmare 31 procent av utomnordiska medborgare utan arbete. Risker för långvarig arbetslöshet är störst för unga utanför storstadsområdena. Arbetsmiljön har i många avseenden blivit bättre med undantag för psykosociala arbetsvillkor inom omsorgsyрки, sjukvården och utbildningsväsendet.

Vid mitten av 1990-talet bor ca 700 000 män och 600 000 kvinnor ensamma. En fjärdedel av alla män och ca 13 procent av alla kvinnor saknar en nära vän. Drygt 3,5 miljoner personer är aktiva i olika föreningar.

Levnadsvanor och hälsorelaterade beteenden är ofta knutna till individers livsvillkor och sociala position. Andelen rökare minskar stadigt i Sverige bland båda könen, dock snabbare bland männen. Rökning är dubbelt så vanligt bland arbetare som bland tjänstemän. Antalet alkoholrelaterade dödsfall i Sverige var drygt 5 000 år 1995. Den alkoholrelaterade dödligheten är tre gånger så hög bland manliga facklärda arbetare som bland tjänstemän. Bland mönstrande 18-åringar och bland skolungdomar i årskurs 9 har andelen som prövat narkotika ökat kraftigt under 1990-talet. Unga, andra generationens invandrare, utgör i detta avseende en särskild riskgrupp. Drygt 10 procent av den vuxna

befolkningen använder sömnmedel eller lugnande medel. De största konsumenterna är kvinnor över 50 år. Försäljningen av antidepressiva medel har ökat kraftigt under 1990-talet. Matvanorna har sammantaget förbättrats i befolkningen. Vi äter i dag mindre fett och mer grönsaker och frukt än för 20 år sedan. Utbildningsnivån har stor betydelse för matvanorna, speciellt bland män. Kvinnors matvanor är i allmänhet bättre än männens. Andelen i befolkningen som regelbundet motionerar ökar. Andelen som inte motionerar alls (ca 13 procent) är dock oförändrad sedan början av 1980-talet. Andelen överviktiga ökar stadigt bland både kvinnor och män. Övervikt i åldersgruppen 45–54 år är ett större problem i norra Sverige än i övriga landet.

Hälsoutvecklingen i Sverige är positiv vid en internationell jämförelse. Sverige tillhör länder med låg andel rökare och narkotikamissbrukare och låg alkoholkonsumtion. Medellivslängden i Sverige för både män och kvinnor är bland de längsta i världen. Cancerdödligheten är låg internationellt sett och spädbarnsdödligheten är sannolikt den lägsta i hela världen. Sverige toppar dock den internationella statistiken ifråga om allergiska eksem bland barn.

Under 1990-talet har medellivslängden ökat kraftigt för framför allt män. Nästan hela ökningen förklaras av en nedgång i dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. Under en lång följd av år har dödligheten också sjunkit i fråga om skador och alkoholrelaterade sjukdomar. Under 1990-talet har den självrapporterade psykiska hälsan försämrats kraftigt i befolkningen. Försämringen av det psykiska välbefinnandet gäller både barn och vuxna från alla socioekonomiska grupper, men framför allt personer med arbetarbakgrund.

Dödligheten i olycksfallsskador har minskat kontinuerligt sedan år 1980. Mellan åren 1982 och 1995 minskade dödligheten i olyckor med 38 procent bland pojkar och 22 procent bland flickor i åldern 1–14 år.

År 1995 blev närmare 550 000 personer utsatta för våld eller hot. Andelen som drabbas av våld eller hot om våld under en ettårsperiod har ökat med 35 procent under perioden 1978–1995. Riskgrupper för våld är yngre män, ensamstående kvinnor samt vissa yrkesgrupper. Anmälningar om barnmisshandel har ökat kraftigt sedan början av 1980-talet. Under perioden 1987–1996 ökade antalet anmälda fall av kvinnomisshandel med 41 procent och av våldtäkt med 43 procent.

Allergier är ett folkhälsoproblem som blir allt vanligare. Andelen personer med allergiska besvär fördubblades under 1980-talet både bland barn och vuxna. Astma är betydligt vanligare i Norrland än i södra delarna av landet.

Antalet HIV-fall som har anmälts i Sverige till och med år 1996 är 4 425. Av dessa är 77 procent män. Ca 60 procent av alla HIV-anmälda personer finns i Stockholmsområdet.

Tandhälsan har under de senaste 20 åren förbättrats bland både barn och vuxna. Den är dock sämre hos invandrare/flyktingar än hos svenskar.

Barn och ungdomar i Sverige har en mycket god fysisk hälsa både när det gäller självrapporterad hälsa och sjuklighet resp. dödlighet. Oroande tecken finns dock att denna positiva utveckling kan komma att brytas på vissa områden, främst när det gäller den psykiska hälsan och levnadsvanorna.

I de yrkesaktiva åldrarna är sjukdomar och värk i rörelseorganen, psykiska besvär samt allergier de vanligaste hälsoproblemen. Psykiska besvär i form av ångslan, oro och ångest samt sömnbesvär har ökat påtagligt under 1990-talet.

De vanligaste långvariga sjukdomarna hos äldre människor är rörelseorganens sjukdomar, framför allt ledbesvär och värk. Psykiska besvär i form av ångslan, oro och ångest samt sömnbesvär har ökat bland både kvinnor och män sedan 1980-talet. Dessa besvär är betydligt vanligare bland kvinnorna. Rörelsehinder och nedsatt rörelseförmåga har blivit något mindre vanligt sedan slutet av 80-talet, med undantag för kvinnor i åldern 65–74 år.

Genomgående, oberoende av hur hälsa, sjuklighet och dödlighet mäts, kvarstår stora skillnader i ohälsa mellan olika sociala grupper i Sverige. Dessa skillnader varierar mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper, mellan olika sjukdomsgrupper och mellan regioner. De märks redan vid födelsen, då spädbarnsdödlighet och andel barn med tillväxthämning eller låg födelsevikt är större än genomsnittligt hos barn till ensamstående och lågutbildade kvinnor. Risken att dö före 65 års ålder är ca 50 procent högre för män resp. 20 procent högre för kvinnor med arbetarbakgrund än för män och kvinnor med tjänstemannayrken. Risken att ha en långvarig sjukdom är ca 20 procent högre bland arbetare än bland tjänstemän på mellan- och högre nivåer. Arbetare löper ca 60 procent större risk att ha nedsatt arbetsförmåga än tjänstemän. Riskfaktorer för sjukdomar ansamlas oftare hos arbetare än hos tjänstemän. De sociala skillnaderna är generellt större i storstäder än i mindre tätbebyggda områden. Skillnaderna i hälsa och livsstil mellan vissa invandrargrupper och svenskar är anmärkningsvärt stora.

Att sammanväga sjuklighet och dödlighet (kap. 7)

För att kunna göra prioriteringar inom hälsopolitiken behövs underlag som bygger på jämförelser mellan olika sjukdomar och som tar hänsyn till bl.a. sjukdomarnas svårighetsgrad, om de är dödliga eller inte dödliga samt hur de drabbar unga resp. äldre människor.

Sammanvägningar av sjukligheten innebär att vissa värdeantaganden måste göras. Skall en sjukdom jämföras med en annan måste man t.ex. ange hur mycket allvarigare den ena är i förhållande till den andra. Vidare måste man bestämma vem eller vilka som skall göra denna värdering. Är det professionella personer, t.ex. läkare, som skall värdera sjukdomarna eller skall värderingen göras av lekmän som själva har sjukdomen alternativt av dem som företräder allmänheten? Ett annat ställningstagande gäller hur närliggande hälsovinster skall kunna jämföras med sådana som visar sig först efter t.ex. ett par decennier. Ytterligare ett ställningstagande gäller värderingen av sjuklighet eller dödsfall i olika åldersgrupper.

I kapitlet redovisas två tekniker – s.k. QALY:s och DALY:s – som bygger på värdeantaganden och som möjliggör sammanvägningar av sjuklighet och dödlighet. QALY:s mäter levnadsår under hänsynstagande till livskvalitet. Metoden bygger vanligtvis på patienters egna värderingar och har hittills använts främst som utvärderingsmått vid behandling av enskilda patienter. DALY:s mäter förlusten av friskt liv som förlorade år i för tidig död och till följd av nedsatt funktionsförmåga. Metoden bygger på expertbedömningar och ger mått på sjukdomsbördan i en hel befolkning. QALY:s och DALY:s bygger på att olika sjukdomstillstånd ges olika vikt och att dessa vikter är adderbara, dvs. att många sjukdomsfall med en låg vikt kan anses vara lika allvarliga som t.ex. ett sjukdomsfall med en hög vikt.

För närvarande pågår arbete med att utarbeta en svensk DALY-kalkyl. Vidare sker både i Sverige och internationellt arbete med att värdera ojämlikhet i hälsa i förhållande till hälsonivån för hela befolkningen, dvs. att utveckla jämlikhets-DALY:s. Även utvecklingsarbete om olika riskfaktors betydelse för sjukdomsbördan i en befolkning pågår. Kunskap om olika riskfaktors betydelse för sjukdomsbördan kan vara av stort värde för hälsokonsekvensbedömningar av olika politiskt beslutade åtgärder.

Redovisningen av QALY:s och DALY:s innebär inte att kommittén har tagit ställning till de båda metoderna.

Utgångspunkter inför det fortsatta arbetet med nationella hälsomål och strategier (kap. 8)

I kapitlet diskuteras och redovisas ett antal utgångspunkter och principer som kommittén bedömer är väsentliga inför det fortsatta arbetet med nationella hälsomål.

I kapitlet (*avsnitt 8.1*) diskuteras hälsopolitikens möjligheter och begränsningar. Hälsoutvecklingen utgör en integrerad del av samhällsut-

vecklingen. Detta samband står alltför sällan i fokus vid traditionellt medicinska analyser av olika sjukdomars orsaker inriktade på enskilda riskfaktorer och indikatorer på ohälsa.

Folkhälsopolitiken måste utgå från ett bredare välfärds- och ofärds-perspektiv som kan relateras till människors livsvillkor och levnadsvanor. Man bör därvid särskilja hälsoeffekter orsakade av övergripande ekonomiska, sociala eller miljömässiga förändringar och de hälsoeffekter som är direkt relaterade till specifika folkhälsoinsatser.

Hälsokonsekvensbedömningar är ett av de verktyg som behöver vidareutvecklas för att kunna belysa effekterna på folkhälsan av olika beslut vad avser t.ex. ekonomiska och sociala reformer. Resultaten av dessa bedömningar bör utgöra en del av det samlade beslutsunderlaget.

Vid utformningen av specifika folkhälsoinsatser bör särskilt beaktas de samband som finns mellan livsvillkor och levnadsvanor och hur de påverkar utformningen och samordningen av individ- och samhällsinriktade insatser

I *avsnitt 8.2* konstateras att det finns flera skäl att utforma nationella folkhälsomål i Sverige. Ett viktigt syfte med hälsomålen är att synliggöra skillnaderna i hälsa mellan olika grupper och peka på möjliga vägar till en utjämning. Av både etiska och demokratiska skäl är nuvarande hälsoskillnader oacceptabla. Arbetet med hälsomål och strategier handlar vidare om att göra en politisk värdering av vad som är möjligt att göra åt "hela kedjan" av ett problem, dvs. att se till helheten. Kommittén konstaterar också att ju mer decentraliserat samhället blir, desto mer angeläget blir det att gemensamt sluta upp bakom samma synsätt. I avsnittet framhålls att nationella hälsomål bör kompletteras av lokala och regionala mål, utformade efter de lokala förutsättningarna.

Arbetet med nationella hälsomål och strategier gör det möjligt att analysera den nuvarande samhällsorganisationen, ansvarsfördelningen mellan myndigheter och mellan staten, landstingen och kommunerna samt resursfördelningen inom de områden som påverkar folkhälsan mest, är ändamålsenlig. Kommittén bedömer att det är viktigt att en sådan översyn kommer till stånd.

När det gäller frågan om avgränsningen av kommitténs uppdrag (*avsnitt 8.3*) kan kommittén konstatera att direktiven ger signaler om ett brett angreppssätt i arbetet med nationella hälsomål. Alla samhällssektorer vilkas verksamheter är av väsentlig betydelse för hälsan skall enligt direktiven beaktas i arbetet. Mot den bakgrunden anser kommittén att det inte på detta stadium är möjligt att utesluta någon samhällssektor i arbetet med nationella hälsomål och strategier. Det kartläggnings- och analysarbete som kommittén avser genomföra får ge svar på vilka områden och sektorer som är av sådan betydelse för folkhälsan att de bör

ingå i målarbetet. En av flera sektorer som är av stor betydelse för befolkningens hälsa är hälso- och sjukvården. Tyngdpunkten inom hälso- och sjukvården ligger i behandling och rehabilitering. Inom hälso- och sjukvården görs också olika insatser som mer uttalat syftar till att förebygga sjukdom och främja hälsa. Kommitténs bedömning när det gäller hälso- och sjukvården är att det är verksamhet av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande karaktär som skall sättas i fokus i vårt arbete.

Mot bakgrund av den bredd som uppdraget har diskuterats vidare med vilken detaljeringsgrad och grad av konkretion kommittén kommer att kunna behandla och ta ställning till olika sakfrågor. Kommittén konstaterar att det varken är önskvärt eller möjligt att "över hela fältet" lägga fram detaljerade förslag. I en del fall – bl.a. när det gäller stora stukturella förhållanden och dess inverkan på hälsan – bör kommitténs roll vara att peka på att det föreligger vissa samband och plädera för att sådana samband beaktas i beslutsfattandet. Inom andra områden kan rollen vara att ange en viss önskvärd utveckling och på ett mer övergripande plan göra bedömningar om behovet av förändringar för att nå dit. I andra sammanhang kan kommittén mer i detalj lägga fram förslag om konkreta åtgärder för att nå en viss utveckling. Kommittén gör bedömningen att ett slutligt förslag om nationella hälsomål och strategier kommer att bestå av en kombination av de nämnda angreppssätten.

I *avsnittet 8.4* lämnas några synpunkter på frågan om etik och ekonomi. Här redogörs för de ekonomiska restriktioner som gäller för kommittén med avseende på åtgärder. Först redovisas ett principiellt etiskt synsätt med innebörden att åtgärder som främjar hälsoutvecklingen och motverkar död i för tidig ålder och onödigt lidande är självklart positiva oberoende av om detta eventuellt innebär ökade kostnader för t.ex. vård och omsorg längre fram i tiden.

Enligt direktiv 1994:23 skall kommittén visa hur konkreta förslag som innebär kostnadsökningar alternativt inkomstminskningar skall finansieras. Kommittén framhåller att folkhälsoarbete är både långsiktigt och flersektoriellt och att detta förhållande måste få slå igenom, t.ex. genom att ökade kostnader inom en samhällssektor skall kunna betraktas som finansierade genom minskade kostnader i motsvarande grad inom en annan samhällssektor.

Kommitténs direktiv omfattas även av ett samhällsekonomiskt synsätt. Ett sådant ger möjlighet till att värdera fördelar och kostnader av förslag i ett långt tidsperspektiv och i hela samhället. I avsnittet förs en principiell diskussion om detta.

För hjälp med att genomföra samhällsekonomiska och finansiella analyser har kommittén inrättat en ekonomisk expertgrupp. I gruppen

ingår företrädare för Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, den statliga sektorn samt forskningen.

Mål och strategier för folkhälsoarbetet kan uttryckas ur många olika perspektiv. I *avsnitt 8.5* förs en diskussion kring olika perspektiv inom folkhälsoområdet. En naturlig utgångspunkt för många folkhälsoinsatser är att fokusera på olika påverkbara riskfaktorer t.ex. tobak, alkohol och arbetsmiljörelaterade risker. Ett annat allt vanligare perspektiv utgår från att stärka och utveckla frisk- och skyddsfaktorer. I fokus sätts då betydelsen av t.ex. goda sociala nätverk, solidaritet människor emellan och möjligheter att påverka vardagslivet såväl på arbetet som hemma och i närmiljön.

Sjukdomsperspektivet utgör ofta en självklar utgångspunkt ur ett medicinskt perspektiv på folkhälsoarbetet.

I de fall man önskar en samlad bild av hälsans och ohälsans villkor för olika befolkningsgrupper är målgruppsperspektivet med fokus på t.ex. barn, ungdomar eller äldre en lämplig ansats. Detsamma gäller om man skall förstå och påverka hälsans villkor för olika riskgrupper, t.ex. socialt utsatta grupper och vissa yrkesgrupper vars arbetsmiljö är speciellt riskfylld. I andra fall kan det vara motiverat att utgå från ett s.k. arenaperspektiv i folkhälsoarbetet och utveckla mål och strategier för t.ex. hälsofrämjande skolor, arbetsplatser och städer.

Erfarenhetsmässigt kompletterar dessa olika perspektiv varandra. Kommittén kommer därför vid utformningen av mål och strategier i folkhälsoarbetet att utgå från flera kompletterande perspektiv och därigenom skapa goda förutsättningar att utveckla en svensk folkhälsopolitik som knyter samman mål, aktörer och åtgärder.

En viktig uppgift för kommittén är att överväga vilka kriterier som skall styra valet av de risk-, frisk- och skyddsfaktorer, målgrupper och hälsoproblem som skall vara byggstenar i de nationella folkhälsomålen. I *avsnitt 8.6* förs en diskussion kring sådana kriterier. Kommittén anser att jämlikhet i hälsa bör vara ett överordnat kriterium och därmed utgöra en överordnad prioriteringsgrund för kommitténs fortsatta arbete. Viktiga kriterier som bör beaktas vid valet av risk-, frisk- och skyddsfaktorer samt hälsoproblem är deras förekomst, konsekvenser för individ, anhörig och samhälle, fördelning i befolkningen samt möjlighet att påverka. Vid val av målgrupp är kriterier relaterade till utbredning av ohälsa samt risk-, frisk- och skyddsfaktorer viktiga. Även ojämlikhet i fråga om förekomst och utveckling av sjuklighet och dödlighet samt i fråga om utsatthet för riskfaktorer är ett viktigt kriterium vid val av målgrupp.

Avsnitt 8.7 redovisar några synpunkter om samverkan och kunskapsunderlag i folkhälsoarbetet. Kommunerna har redan i dag viktiga uppgifter inom folkhälsoområdet. Hälsofrågorna behöver dock tydlig-

göras i all kommunal verksamhet och i kommunernas strategiska utveckling genom t.ex. hälsokonsekvensbedömningar och lokala välfärdsbokslut. Landstingen har en fortsatt viktig roll i folkhälsoarbetet som kunskapsproducent och -förmedlare och genom bl.a. primärvården som har en bred lokal kontaktyta. Kommittén fäster vikt vid att kommunernas och landstingens hälsoplanering blir mer samordnad. Kommittén avser att särskilt följa utvecklingen av hälsoplaneringen i kommuner och landsting i några län.

Organisationer och nätverk har en viktig roll i folkhälsoarbetet. Kommittén har tagit initiativ till kontakter med ett stort antal organisationer.

Hälsokonsekvensbedömningar (HKB) av politiska beslut har diskuterats under en längre tid. Kommittén anser att regeringen bör uppdraga åt Socialvetenskapliga forskningsrådet att medverka till att det tas fram ett vetenskapligt underlag avseende modeller för HKB.

Uppgifter om yrkestillhörighet är ett oundgängligt underlag för analyser av sjukdomars sociala orsaker. Sådana uppgifter saknas i den offentliga statistiken efter år 1990. Kommittén framhåller att yrkesuppgifter bör tas fram med tanke på bl.a. den epidemiologiska och yrkesmedicinska forskningen.

Hälsopolitiska mål och strategier – några exempel som underlag för en idédebatt (kap. 9)

I kapitel 9 redovisas ett antal områden – risk- och friskfaktorer, sjukdomar, målgrupper och arenor för folkhälsoarbete – som kommittén preliminärt bedömer kommer att spela en central roll i arbetet med att formulera nationella folkhälsomål och strategier. Kapitlet innebär samtidigt en konkretisering av den genomgång av olika perspektiv för folkhälsoarbete, som kommittén gjort i avsnitt 8.5. Kommittén understryker att det främsta syftet med att nu lyfta fram områdena är att ge underlag för en konkret och livaktig debatt. Innehållet i kapitlet skall således inte uppfattas som att kommittén redan nu tar ställning i en diskussion om prioriteringar inom folkhälsoområdet.

Kommitténs val av områden omfattar i hög grad viktiga risk- och friskfaktorer. En sådan fokusering är en naturlig utgångspunkt vid formuleringen av mål och strategier inom folkhälsoområdet. Många risk- och friskfaktorer spelar viktiga roller för uppkomsten av stora folksjukdomar. Om sådana riskfaktorer kan minskas resp. friskfaktorer förstärkas innebär det att flera olika sjukdomar samtidigt kan förebyggas eller fördröjas.

Kommittén framhåller att välfärds- och samhällsutvecklingen i stort är av grundläggande betydelse för hälsoutvecklingen och hälsans fördelning i befolkningen. Mot den bakgrunden avser kommittén att fortlöpande under arbetet med nationella folkhälsomål ägna uppmärksamhet åt de faktorer i den allmänna välfärds- och samhällsutvecklingen som är av strategisk betydelse för att uppnå en god och jämlikare hälsa. De områden som kommittén valt att lyfta fram är följande:

- ohälsosam stress
- sociala nätverk
- tobak och alkohol
- mat
- fysisk aktivitet
- psykisk hälsa
- allergier
- skador
- arbetsplatsen
- boendet och närmiljön
- hälsopolitiska jämlikhetsstrategier
- folkhälsoinsatser för barn och ungdomar
- folkhälsoinsatser för äldre

För vart och ett av de aktuella områdena redovisar kommittén översiktligt motiven för insatser inom detta samt anger vissa utgångspunkter för det fortsatta arbetet med folkhälsomål och strategier. Inom ett område – tobaken – lämnar kommittén förslag på en relativt konkret nivå när det gäller synsätt och övergripande mål för en nationell handlingsplan.

Vårt fortsatta arbete (kap. 10)

Kommittén avser att lägga ner stor kraft på att arbeta utåtriktat och i en dialog med olika berörda organ. I enlighet med våra direktiv skall kommittén sträva efter att fortlöpande förankra olika ställningstaganden i arbetet med nationella hälsomål. Ett sätt att uppnå detta är att måldokumentet utarbetas i steg och att det ges reella förutsättningar att diskutera varje steg innan nästa steg i processen mot hälsomålen tas. Det första steget i denna process är detta s.k. inriktningsbetänkande, som kommittén avser att i egen regi sända ut på en bred remiss. De synpunkter som kommittén får in kommer att utgöra ett viktigt underlag inför det fortsatta arbetet.

Steg två i processen är att i ett särskilt delbetänkande redovisa kommitténs preliminära bedömningar och förslag om nationella

hälsomål och strategier. Innan detta kan ske fordras ett omfattande och fördjupat analysarbete i en rad avseenden. Vi räknar med att ett betänkande av detta slag skall kunna avlämnas under våren år 1999. Även detta betänkande avses bli föremål för en bred remissbehandling. Kommittén avser att pröva även andra former för att diskutera och förankra de preliminära förslagen.

Steg tre i processen är ett slutligt förslag om nationella hälsomål och strategier. Kommittén räknar med att ett sådant skall föreligga under våren år 2000.

Det utåtriktade arbetet kommer att ges hög prioritet. Även under åren 1998 och 1999 planerar kommittén att ta fram och publicera debattskrifter i viktiga folkhälsofrågor. Under den närmaste tiden planeras debattskrifter om bl.a. folkhälsoinsatser med inriktning på äldre, om psykisk hälsa/ohälsa och om klass- och könsskillnader i hälsa.

Kommittén vill ha en bred dialog med bl.a.folkrörelser och andra ideella organisationer under arbetets gång. Mot den bakgrunden planerar vi att fortlöpande inbjuda bl.a. organisationer till hearingar och "rundabordsamtal". Många organisationer och föreningar har beslutat inrätta särskilda skuggrupper för att följa vårt arbete. En viktig uppgift är att utveckla ändamålsenliga former för kontakter mellan dessa grupper och kommittén.

1 Nationella folkhälsokommitténs uppdrag

Nationella folkhälsokommittén är en parlamentariskt sammansatt utredning. I kommittén ingår ledamöter från samtliga riksdagspartier. Vidare medverkar sakkunniga och experter som representerar olika organ och sektorer i samhället. Direktiven till Nationella folkhälsokommittén beslutades av regeringen i december 1995. Av olika skäl inrättades själva kommittén dock först under våren 1997. Det innebär att det var först då som vårt arbete inleddes. Kommitténs arbete beräknas pågå fram till och med våren år 2000.

Vi skall i det följande mer översiktligt redovisa kommitténs uppdrag så som det formulerats i direktiven av regeringen. Vi kommer längre fram att redogöra för hur vi tolkar olika inslag i direktiven samt redovisa hur vi rent praktiskt avser att lösa olika uppgifter. Direktiven i sin helhet finns redovisade i bilaga 1.

Kommitténs huvuduppgift är enligt direktiven att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen i Sverige samt att föreslå strategier för hur målen skall kunna uppnås. De nationella målen och strategierna skall vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan. Syftet med målarbetet är att ange vilka folkhälsoproblem som är mest angelägna att lösa och vilka strategier som kan vara effektivast.

I direktiven konstateras att ett nationellt måldokument är viktigt i sig, men att själva processen som leder fram till målen och som skall fortgå efter det att måldokumentet tagits fram är minst lika viktig. Målen skall tjäna som stöd och inspiration för folkhälsoarbete på nationell, regional och lokal nivå. Måldokumentet skall vara en av utgångspunkterna i ett offensivt och multisektoriellt folkhälsoarbete på alla nivåer.

Allmänt sett har hälsan i Sverige utvecklats positivt, men enligt vad som sägs i direktiven är ytterligare förbättringar i hälsan möjliga och önskvärda att uppnå. Enligt direktiven finns det alltså stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Mot den bakgrunden behövs nationella hälsomål för att särskilt uppmärksamma och minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioökono-

miska grupper, mellan olika etniska grupper, mellan olika geografiska områden samt mellan kvinnor och män.

I den beskrivning av direktiven som görs i det följande har de olika uppgifterna som kommittén har att utföra strukturerats i sju huvudpunkter.

1. *Kommittén skall redovisa och analysera de erfarenheter som finns vad gäller mål för hälsoutvecklingen internationellt samt på nationell, regional och lokal nivå.*

Uppgiften innebär bl.a. att kommittén skall redogöra för och analysera vilken genomslagskraft redan existerande mål för hälsan har haft på olika nivåer. I detta ligger bl.a. följande uppgifter:

- en översiktlig genomgång skall göras av arbetet med att ta fram regionala och lokala hälsomål,
- en uppföljning skall göras av Folkhälsogruppens riktlinjer och strategiprojekt,
- en uppföljning skall göras av de mål som sattes upp i samband med 1991 års folkhälsoproposition,
- en uppföljning skall göras av svenska ställningstaganden som gjorts med anledning av WHO:s strategi Hälsa-för-alla år 2000,
- även andra mål för folkhälsan, t.ex. inom alkoholområdet, skall analyseras.

Kommittén skall vidare beakta internationella erfarenheter av att ta fram hälsomål. I uppgiften ingår att ta del av den ansats och de metoder som använts av WHO och Världsbanken i rapporten *Investera i hälsa*.

Regeringen beslutade i juni 1997 om särskilda tilläggsdirektiv till kommittén att följa det pågående arbetet med revidering av WHO:s hälsopolitiska mål och strategier. Enligt tilläggsdirektivet skall kommittén lämna synpunkter på utformningen av den nya Hälsa-för-alla-strategin. Efter det att mål och strategier har antagits av WHO:s medlemsländer skall Nationella folkhälsokommittén bidra till att det sprids kännedom om dessa bland aktörerna inom berörda samhällsområden.

2. *Kommittén skall analysera och värdera de hälsoproblem som för närvarande finns och väntas få stor betydelse för hälsoutvecklingen framöver.*

Utgångspunkten skall vara den tillgängliga kunskapen om hälsoproblem och hälsoutveckling. Kommittén skall i analysarbetet sträva efter en bred ansats. Alla samhällssektorer vilkas verksamheter är av

väsentlig betydelse för folkhälsan skall beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål. Varje mål skall grundas på ett vetenskapligt underlag som belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet. Vidare skall så långt möjligt olika ekonomiska, sociala och andra konsekvenser av om målen uppfylls resp. inte uppfylls redovisas. I analysarbetet skall beaktas att folkhälsan i allt högre grad påverkas av förhållanden utanför Sveriges gränser genom t.ex. luftföroreningar, handel med droger och smittsamma sjukdomar.

Kommittén skall enligt direktiven dokumentera och redovisa den arbetsmetod som använts för att ta fram de nationella hälsomålen. Detta förutsätter enligt direktiven en begreppsanalys där begrepp som mål, hälsa och risk m.m. definieras. Vidare krävs en diskussion om de metoder som används av kommittén för att mäta bl.a. hälsoutveckling, sjukdomsburda och dödlighet. Syftet med dokumentationen är att denna skall vara vägledande för en successiv förnyelse av de nationella hälsomålen och för det fortsatta arbetet med lokala och regionala hälsomål.

3. Kommittén skall bedöma möjligheterna att med olika insatser minska hälsoproblem. Konflikter mellan olika mål skall analyseras.

Enligt direktiven skall Nationella folkhälsokommittén göra en systematisk genomgång av möjliga mål av betydelse för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. I kommitténs förslag skall ett mindre antal särskilt prioriterade mål presenteras och motiven för prioriteringarna redovisas. Eventuella konflikter mellan olika mål skall identifieras och analyseras. För varje mål skall olika tidshorisonter diskuteras.

4. Kommittén skall väga kostnaden mot nyttan av att genomföra olika folkhälsoinsatser.

Utgångspunkten för förslag om mål och strategier är enligt direktiven att dessa skall kunna genomföras utan att ytterligare belasta samhällsekonomin. Förslagen till mål och strategier bör, så långt det är möjligt, grundas på en samhällsekonomisk analys som visar att samhällsekonomin som helhet inte förlorar när kostnaden vägs mot nyttan av att genomföra målen och strategierna. Förslagets ekonomiska effekter för staten, näringslivet, kommunerna och landstingen skall redovisas. Kostnaden resp. nyttan av alternativa strategier för att nå samma mål skall analyseras.

Kommittén skall vidare föra ett resonemang om möjligheterna att fastställa sambanden mellan en folkhälsoinsats och dess effekter på lång sikt. I uppdraget ingår också att analysera hur olika bedömningar av en folkhälsoinsats kostnad och nytta på kort resp. lång sikt påverkar samhällets resp. individens benägenhet att investera i folkhälsoinsatsen.

Det bör i sammanhanget påpekas att direktiven om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) gäller för kommittén. I korthet innebär detta att kommittén skall göra en bedömning av det nuvarande offentliga åtagandet inom folkhälsoområdet, analysera effekterna av åtagandet samt analysera möjligheterna att göra besparingar och att öka effektiviteten inom området. Kommittén skall också visa hur förslag som leder till ökade utgifter eller minskade inkomster skall finansieras. Besparingar eller omprioriteringar skall i första hand göras inom det politikområde inom vilket förslag lämnas.

5. Kommittén skall lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen och föreslå vilka av dessa som skall prioriteras.

Kommittén skall på basis av de ovan nämnda analyserna lägga fram förslag om framåtsyftande och prioriterade hälsomål. Målen skall enligt direktiven primärt underlätta beslut på strategisk nivå. De skall främst ange inriktning och peka ut angelägna områden, inte beskriva snävt avgränsade och i detalj utformade operativa insatser.

6. Kommittén skall föreslå strategier för att nå målen.

I anslutning till varje mål skall förslag lämnas om strategier för att nå detta. Strategierna skall vara mer övergripande än operativa. Särskild uppmärksamhet skall ägnas åt hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess som leder från mål till handling kan stimuleras bland medborgarna och inom alla berörda samhällssektorer.

7. Kommittén skall lämna förslag om hur målen kan följas upp och utvärderas.

De nationella hälsomål som tas fram skall enligt direktiven vara uppföljningsbara och gå att revidera med jämna mellanrum allt eftersom hälsoutvecklingen, kunskapsläget och insatserna för folkhälsan ändras. Kommittén skall redogöra för hur hälsomålen skall förverkligas, följas upp och revideras. I uppgiften ingår bl.a. att bedöma vilka instanser som skall ha ansvaret för att målen följs upp.

tt roessnrta aretsstt

Som redan nämnts påpekas i direktiven att själva processen i anslutning till utarbetande av nationella folkhälsomål är minst lika viktig som målen i sig. Målarbetet skall stödja och inspirera folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället.

Enligt direktiven skall kommittén sträva efter att ha en så bred samverkan som möjligt med skilda aktörer inom stat, landsting, kommuner, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I samverkan ingår att fortlöpande pröva förslag om nationella folkhälsomål i en bred dialog med berörda instanser.

2 En inledande begreppsanalys

Innehållet i korthet: Begreppet folkhälsa omfattar inte bara summan av individernas hälsa utan även det mönster av större eller mindre olikhet i hälsa som råder mellan olika grupper av befolkningen. Medan ansvaret för individers hälsa är ett samspel mellan individ och samhälle är folkhälsan i högre grad ett ansvar för samhället.

För formulering av mål för samhällets folkhälsopolitik behövs en avvägning mellan många aspekter. T.ex. behövs svar på frågor om hur en jämlik situation beträffande hälsa skall kunna uppnås och hur eventuella konflikter mellan hälsomål och andra mål i samhället skall hanteras.

Det finns skäl att skilja på begreppen sjukdom och hälsa där sjukdom betecknar en avvikelse från en normal kroppsfunktion medan hälsa avser en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling. Sjukdomars sociala konsekvenser gör att det blir viktigt att vidga beskrivningen av olika sjukdomars "börda" på befolkningen till att omfatta, förutom mått för sjukdom och dödlighet, även mått för funktionsnedsättning och handikapp.

De flesta av dagens sjukdomar har flera bidragande orsaker. Orsakerna kan också påverka varandra. Orsakerna kan vidare finnas på olika nivåer, alltifrån makronivån – t.ex. den förda ekonomiska politiken – till ärftliga egenskaper hos individen. Hälsopolitiken måste därmed inrikta sig mot flera nivåer av orsakskedjorna.

För att kunna forma den nationella hälsopolitiken behövs praktiska verktyg i form av begrepp och mått med vilka man kan beskriva och analysera befolkningens hälsoförhållanden, dess orsaker och konsekvenser samt möjligheterna att påverka hälsoutvecklingen. Tonvikten i det följande är lagd på de frågor där den hälsopolitiska diskussionen kräver ett samspel mellan vetenskapliga och politiska överväganden.

Begreppsanalysen i det följande har en teoretisk ansats. Syftet är att lyfta fram och tydliggöra olika aspekter som kan bli aktuella att göra överväganden kring i en process där folkhälsomål och strategier skall formuleras. Kommittén vill dock betona att det i det praktiska arbetet

med att formulera och besluta om hälsomålen kan vara svårt att fullt ut beakta alla dessa aspekter.

2.1 Målens syfte – att synliggöra och möjliggöra

Att formulera mål för folkhälsan är inget självändamål utan syftar till att påverka hälsoutvecklingen i befolkningen. Målen kan – oavsett om de är mera visionära eller konkreta och operativa – fylla denna funktion genom

- att *synliggöra* viktiga förhållanden i befolkningens hälsoutveckling och de risk- och friskfaktorer i samhället som är avgörande
- att *prioritera* de förhållanden som uppfattas som särskilt önskade
- att *tydliggöra* vilka möjligheter som finns att med dagens kunskap och resurser *påverka* utvecklingen

I någon mening handlar det om att beskriva tre scenarier:

1) den nuvarande och därmed den sannolika utvecklingen, 2) den önskvärda utvecklingen och 3) den möjliga utvecklingen. Medan den första frågan i huvudsak är teknisk–vetenskaplig är den andra och i någon mån den tredje politisk och därmed blir hela målformuleringsprocessen en dialog mellan vetenskap och politik.

Mot denna bakgrund är det viktigt att diskutera med vilka begrepp och mått vi kan få en så korrekt och fullständig bild av verkligheten som möjligt. Det omfattar olika dimensioner av hälsa och ohälsa, beskrivning av hur olika sjukdomar och skador påverkar befolkningen och samhället och hur betydelsen av olika orsaker till dessa hälsoproblem kan uppskattas.

Vidare behövs instrument med vilka man kan prioritera mellan olika hälsoproblem och deras orsaker. För detta syfte måste olika hälsoproblem och sjukdomsorsaker kunna göras jämförbara och man måste kunna hantera olika typer av målkonflikter. Vi skall längre fram i betänkandet (kapitel 7) dessutom redovisa nya tekniker (bl.a. så kallade DALY:s) som syftar till att få en samlad bild av sjuklighet och dödlighet och som möjliggör jämförelser mellan olika sjukdomstillstånd.

Dessutom måste folkhälsoarbetets verktyg, dvs. hälsopolitikens insatser från olika samhällssektorer, kunna beskrivas och deras effekter och kostnader mätas. Även detta måste kunna göras i jämförbara termer.

2.1.1 Folkhälsoansvaret

Samhällets ansvar för frågor som rör hälsa och sjukdom har flera aspekter. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har formulerat målet för hälso- och sjukvården som "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Det innebär ett ansvar inte enbart för att upprätthålla en hälso- och *sjukvårdsverksamhet* som är tillgänglig på lika villkor för dem som behöver vård, utan också ett ansvar för hela befolkningens hälsa – ett *folkhälsoansvar*.

Det finns således två perspektiv som bör hållas i sär:

- ansvaret för *individens hälsa* (dvs. individers risker för sjukdom och ohälsa samt deras sjukdomsförlopp).
- ansvaret för en avgränsad befolknings hälsa (dvs. *folkhälsa*) i betydelsen hälsans utveckling och fördelning i befolkningen.

Folkhälsa är således inte bara summan av individernas hälsa utan omfattar även det mönster som råder mellan befolkningens olika grupper med större eller mindre olikheter i sjukdomsrisker och sjukdomskonsekvenser samt de förändringar som sker gradvis eller i form av t.ex. epidemier.

Medan ansvaret för individens hälsa är ett samspel mellan individ och samhälle är folkhälsan i högre grad ett ansvar för samhället, politiska församlingar och dess myndigheter. En del av befolkningens sjuklighet drabbar slumpmässigt men en del uppträder i tydliga mönster. En del av dessa mönster är biologiskt betingade (ålder, kön och ärftlighet etc.), medan andra är ett resultat av vår kultur och samhällsstruktur (könsroller, arbetsliv, normer och levnadsvanor, välfärdspolitik etc.).

Samhällsstrukturen som vi alla är en del av skapar välstånd och hälsa för flertalet men utslagning och sjukdom för några. Samhällets hälsopolitik handlar därför om att stödja och hjälpa de individer som drabbas men också om ett gemensamt ansvar för att så vitt möjligt förebygga eller kompensera de av samhället skapade negativa hälsoeffekterna.

Hälsoupplýsningen har i ett historiskt perspektiv ofta handlat om att övertala eller "tvinga" människor att hålla sig friska, medan det i dag oftare handlar om att skapa förutsättningar och valmöjligheter för människor att leva ett hälsosamt liv. Diskussionen är inte ny. Redan i 1930-talets befolkningspolitiska debatt ställdes två frågor ofta mot varandra: Hur skall vi få familjerna att föda fler barn? eller: Hur ser det samhälle ut som gör att människor vill sätta flera barn till världen?

Bilden är dock komplex. För vissa infektionssjukdomar är en individs beteende viktigt för övriga samhället beroende på smittspridning.

På alkoholområdet kan det hävdas att den restriktivitet som samhället upprätthåller, trots inskränkningar i den personliga friheten, är motiverad med hänsyn till effekterna på missbrukarnas anhöriga och av hänsyn till före detta missbrukare och andra med hög risk för att utveckla beroende. Våra matvanor påverkas i hög grad av den prisbild som skapas av europeisk och nationell jordbrukspolitik och är endast inom vissa gränser ett fritt val. Andra delar av sjukdomsmönstret är betingat av arbetslivets utformning vilket sällan kan hävdas vara ett individuellt ansvar för den som drabbas.

2.1.2 Avvägningar vid målformuleringar

Mot bakgrund av dessa perspektiv kan man redan nu ana att en diskussion om prioriterade mål kräver en komplicerad avvägning mellan många olika aspekter. Nedanstående lista antyder några områden som sannolikt kan bli viktiga att beakta i arbetet med att formulera hälsomål.

- Målen skall peka ut en väg som ger så stora önskvärda effekter som möjligt på folkhälsan. Det ställer oss för det första inför frågan hur vi kan uppskatta den relativa storleken på olika folkhälsoproblem. För det andra måste vi kunna kvantifiera betydelsen av olika orsaker till sjukdom och skada som kan påverkas. Vi bör kunna bedöma kostnader och effekter av möjliga åtgärder.
- Målen skall också anvisa en väg som skapar en så jämlik fördelning som möjligt. Detta ställer oss inför frågan om att värdera vad som är mera eller mindre jämlika fördelningsmönster i befolkningen och hur olika sjukdomsorsaker och åtgärder påverkar olika gruppers hälsa.
- Målen måste formuleras utifrån en insikt om vad som redan görs och vilka effekter det har, vad man skulle kunna göra, och dessutom kunskap om kostnadseffektiviteten hos det som redan görs resp. det som skulle kunna göras.
- Målen måste hantera potentiella konflikter mellan individ och samhälle och mellan olika samhällsintressen. Individens frihet kontra hänsynen till andra är *en* typ av målkonflikt, men det kan finnas många andra inkl. sådana som gäller andra mål i samhället som inte är folkhälsomål. Många hälsopolitiska insatser innebär potentiella intressekonflikter mellan olika aktörer och gruppintressen.
- Målen måste hantera resurskonflikter mellan olika hälsopolitiska insatser och olika sektorers intressen, även om många hälsopolitiska insatser inte behöver vara särskilt kostsamma.

- Många i och för sig både effektiva och rättvisa åtgärder saknar legitimitet och acceptans i vårt samhälle, vilket måste vägas in i valet av mål.

2.2 Begrepp och mått för att beskriva folkhälsan

2.2.1 Förebygga sjukdom och främja hälsa

Vad menas då med individers och befolkningars *hälsa*? Det har i Folkhälsogruppens arbete¹ betonats att det inte finns någon entydig, allmänt accepterad definition på hälsa, men att det i det praktiska folkhälsoarbetet snarare är definitionens brukbarhet än entydighet som bestämmer dess värde. Ett hälsobegrepp blir användbart i det hälsofrämjande arbetet om det skapar förståelse för hälsans betingelser och möjligheterna att förbättra hälsan. Det bör också göra det möjligt att mäta hälsotillståndet hos individer och befolkningar och hur detta förändras över tid. Ett hälsofrämjande arbete behöver inte begränsas av att man inte kan enas om en mätbar definition av hälsa.

Folkhälsoarbetet brukar beskrivas i termer av två olika komponenter – att *förebygga sjukdom* och att *främja hälsa*. Rent empiriskt är det också mycket som talar för att man inte bör betrakta sjukdom och hälsa som två ytterligheter på samma skala utan som två olika dimensioner: icke-sjukdom/sjukdom samt hälsa/ohälsa. Om 100 människor tillfrågas om sitt hälsotillstånd uppger 29 att de har en eller flera långvariga sjukdomar som påverkar deras dagliga funktionsförmåga. Av dessa uppger var tredje (10 utav 29) att de ändå är vid god hälsa (se tabell 2.1). Av 25 som uppger sig ha nedsatt hälsa är det 6 personer som inte rapporterar någon långvarig sjukdom.

Utan att gå in på den omfattande diskussionen om hur man kan definiera begrepp som sjukdom och hälsa, kan man som Nordenfelt² sammanfatta diskussionen med att två synsätt har varit rådande – ett biostatistiskt och ett holistiskt.

En individs *sjukdom* har oftast definierats biostatistiskt som en avvikelse från normal funktion avseende kropp och/eller själ. I klinisk praxis omfattar begreppet såväl medicinskt definierade tillstånd (eng.:

¹ Hallqvist J, Janlert U. Vad är Folkhälsa? I: Folkhälsogruppen. *Folkhälsans villkor*. Rapport nr 9. Allmänna förlaget. Stockholm 1991.

² Nordenfelt L. Om hälsofrämjandets etik. I: Carlsson G, Arvidsson O (red). *Kampen för folkhälsan*. Naturoch Kultur. Stockholm 1994.

disease) och av individen upplevda symtom och besvär (eng.: illness), som en av samhället definierad sjukdomsroll (eng.: sickness).

Tabell 2.1 Andel som uppger sig ha långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga och nedsatt hälsotillstånd.

	Upplevt hälsotillstånd		
	Gott	Nedsatt	TOTAL
Ej långvarig sjukdom	65	6	71
Långvarig sjukdom	10	19	29
TOTAL	75	25	100

Källa: SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (Sverige 1995, 16–84 år).

De flesta analyser av begreppet *hälsa* har betonat dels en upplevelse av välbefinnande (hälsa som mål), dels förmåga till handling (hälsa som medel). Nordenfelt³ betonar att brist på välbefinnande (lidande) nästan alltid leder till nedsatt handlingsförmåga, och han definierar således hälsa som förmågan att realisera för individen vitala mål. Hälsa blir enligt detta synsätt inte ett mål, utan ett viktigt medel för att uppnå det goda livet. Det blir också tydligt att hälsofrämjande arbete kan gälla såväl friska människor som dem som har olika sjukdomar.

2.2.2 Att definiera och mäta hälsa och sjukdom

Det blir härmed tydligt att hälsa enligt detta synsätt inte är den positiva ytterligheten av samma skala där olika grader av sjukdom befinner sig – utan tillhör en annan dimension. Hälsa eller brist på hälsa är inte heller liktydigt med individens sjukdomsupplevelse. Ett problem med ovannämnda måhända teoretiskt konsistenta innebörd av ordet hälsa är att det inte utan vidare ansluter sig till vad människor i allmänhet lägger i ordet. Man kan således inte utgå ifrån att svaret på frågan i tabell 2.1 om hur man bedömer sitt hälsotillstånd är liktydigt med den innebörd som begreppet givits ovan.

Analysen av sjukdomars förekomst och orsaker i befolkningen (s.k. epidemiologiska analyser) handlar i dag till stor del om förekomst av sjukdom och dödsfall. Större delen av våra källor härrör från sjukvår-

³ Nordenfelt L. a. a.

dens verksamhet och det är därmed i hög grad sjukdom i den medicinska betydelsen som dominerar bilden.

Samtidigt blir det allt mera tydligt att en beskrivning av hälsoutvecklingen i termer av antalet sjukdomsfall och dödsfall är för snäv. I dagens Sverige förändras de sociala och ekonomiska konsekvenserna av att vara sjuk. Människor med även lindriga sjukdomar och besvär får allt svårare att klara sig på arbetsmarknaden, när kraven på arbetsplatserna ökar och konkurrensen om arbetstillfällen hårdnar. De ekonomiska kostnaderna som är förknippade med att vara sjuk och behöva vård förändras också. För att kunna beskriva bördan som olika hälsoproblem lägger på befolkningen blir det viktigt att beskriva sjukdomars konsekvenser i termer av funktionsnedsättning, förmåga att klara vardagens krav och de konsekvenser som sjukdomar därigenom får för levnadsnivå och hälsa i ett föränderligt samhälle.

En fullständig analys av individers och befolkningars hälsoförhållanden kan därför med fördel inkorporera WHO:s definitioner av vissa sjukdomskonsekvenser – avvikelse (*impairment*), funktionsnedsättning (*disability*) och handikapp (*handicap*).⁴

- Avvikelse är då närmast att likställas med ovannämnda biostatistiska sjukdomsbegrepp i betydelsen avvikelse från normal funktion på organ eller systemnivå.
- Funktionsnedsättning innebär att individen har en viss nedsättning av normala funktioner, av kroppslig eller psykisk karaktär (rörelseförmåga, syn, hörsel och intellektuella funktioner etc.).
- Handikapp innebär att den avvikelse/funktionsnedsättning som individen har under rådande samhällsförhållanden skapar svårigheter att uppfylla normala roller i arbetsliv och familjeliv etc. Arbetslivets krav och konkurrensen om arbetstillfällen påverkar exempelvis förekomst av handikapp i en befolkning utöver förekomst av funktionsnedsättning.

2.2.3 Att definiera och mäta ohälsans orsaker och hälsans förutsättningar

Forskningen har lärt oss mycket om olika faktorer som är orsaker till sjukdom och skada. Det har visat sig att flertalet av dagens sjukdomar har s.k. multifaktoriell etiologi (etiologi=orsaksmönster), dvs. att det inte finns en faktor som är tillräcklig eller nödvändig för att någon in-

⁴ WHO. *International Classification of impairment, disability and handicap*. Geneva 1980/1993.

divid skall bli sjuk, utan många olika faktorer bidrar tillsammans till att ett sjukdomstillfälle skall inträffa. Man brukar tala om att flera *bidragande* orsaker tillsammans utgör en *tillräcklig* orsak. För ett mindre antal åkommor finns det en *nödvändig* orsak utan vilken ingen blir sjuk. Det gäller mikroorganismer i samband med infektionssjukdomar och specifika gener för vissa ärftliga sjukdomar. För flertalet hälsoproblem finns dock ingen känd nödvändig orsak, och vi har knappast för någon sjukdom kunskap om alla de bidragande orsaker som bildar en tillräcklig orsak där alla blir sjuka. Trots detta ger vår kunskap om olika bidragande orsaker stora möjligheter att uppskatta effekten på folkhälsan om vi lyckas påverka någon av de bidragande orsakerna.

Ett förhållande som gör det hela lite mera komplicerat, men som ändå är viktigt för utformningen av hälsopolitiken, är att olika bidragande orsaker kan påverka varandra. Om vi tar ett exempel från arbetslivet har senare års forskning visat att både höga krav i arbetet och bristande möjligheter att påverka arbetssituationen (besluts- och handlingsutrymme) är bidragande orsaker till bl.a. hjärt-kärlsjukdom.⁵ Samtidigt är det tydligt att inflytande över arbetssituationen gör det möjligt att påverka kraven som man utsätts för. Den ena riskfaktorn påverkar således sannolikheten för att bli utsatt för den andra.

Dessutom har det visat sig att effekten av höga krav är beroende av graden av beslutsutrymme.⁶ En del individer blir med andra ord endast sjuka om de både har höga krav på sig och små möjligheter att påverka. Man talar då om synergi eller interaktion (samverkan) mellan de två faktorerna därför att effekten av den ena faktorn är beroende av den andra. Man kan även vända på det och säga att om man har goda möjligheter att påverka uteblir en del av riskerna som är förbundna med höga krav. Man brukar då tala om påverkansmöjlighet som en skyddande faktor eller friskfaktor (jmf. riskfaktor).

Den växande biomedicinska kunskapen om olika bidragande genetiska orsaker till sjukdom är ofta av den karaktären att den pekar ut ärftliga egenskaper som tillsammans med yttre faktorer i vår omgivning ökar risken för sjukdom. Man talar här om att bestämma individers sårbarhet för yttre faktorer, men i grunden är det samma fenomen – att olika bidragande orsaker hos individen och i omgivningen samverkar.

Denna växande kunskap om sjukdomars orsaksmekanismer har relevans för hälsopolitiken. Vissa faktorer som t.ex. ärftlighet är svårare att påverka än andra. Men om t.ex. en genetisk faktor samverkar med

⁵ Karasek R, Theorell. *Healthy Work*. Basic Books. NY 1990.

⁶ Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A. Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? *Soc.Sci.Med* (forthcoming).

komponenter i kosten kan förändrade matvanor minska inte bara kostens egen effekt utan även den ärftlighet som är beroende av kostinnehållet för att utlösa sjukdom.

Vi rör oss således med långa kedjor eller snarare ett nätverk av orsaker. Det handlar om nätverk som kan omfatta t.ex. allt från den förda ekonomiska politiken och dess inverkan på arbetsmarknaden, hur arbetslöshet påverkar människors upplevelse av sammanhang eller socialt stöd till hur de hanterar detta med alkohol eller på andra sätt.

Att utnämna något av dessa steg i orsakskedjan till "Orsaken" kan vara praktiskt men bidrar knappast till vår förståelse av viktiga skeenden i samhället och hälsoutvecklingen. Hälsopolitiken måste spela på en bred klaviatur av åtgärder mot olika nivåer i orsakskedjorna, men med ökad kunskap om hur olika orsaker påverkar varandra kan vi optimera insatserna.

Skall man kategorisera sjukdomsorsaker kan man grovt göra en indelning i följande grupper:

- *Biologiska faktorer*, dvs. ärftliga faktorer, mikroorganismer, blodfettnivåer och immunitet etc.
- *Fysiska faktorer*, som inkluderar både fysikaliska (strålning, buller och ergonomi etc.) och kemiska komponenter (toxiska ämnen och vissa livsmedel etc.).
- *Sociala faktorer*, som handlar om människors inbördes sociala relationer direkt eller indirekt i det sociala och ekonomiska systemet (arbetslöshet, ensamhet och segregation är exempel).
- *Ideologiska faktorer*, i betydelsen människors uppfattning om sig själva och sin omvärld. Begrepp som inlärd hjälplöshet och känsla av sammanhang har studerats och visat sig ha betydelse för sjukdomsrisik framförallt i samverkan med yttre livshändelser.

2.2.4 Perspektivval: Individ eller befolkning

Hittills har vi diskuterat begrepp som på olika sätt beskriver individers hälsoproblem och risker. Men folkhälsan är som tidigare nämnts inte bara summan av individernas ohälsa utan handlar också om ohälsans mönster i befolkningen. Senare års växande skillnader i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper i Sverige och i många andra länder upplevs av många som ett av de allvarligaste folkhälsoproblemen. Andra aktuella exempel är HIV-epidemien eller den våg av dödsfall i skador och plötslig hjärtdöd som just nu sveper över Ryssland. Vi vet mycket om hur och varför individer blir infekterade med HIV-virus men betydligt mindre om varför vissa samhällen drabbats av mycket

mer omfattande epidemier än andra.⁷ På motsvarande sätt kan man notera att fast vi vet ovanligt mycket om orsakerna till att individer blir sjuka i hjärtinfarkt så är det ändå mycket som är oklart i förståelsen av de växande yrkesmässiga skillnaderna avseende denna sjukdom.

Om hälsans utveckling och fördelning i befolkningen skall vara föremål för målformulering behöver vi verktyg och mått med vilka vi kan beskriva dessa aspekter.

Mål för hälsans utveckling har ofta beskrivits i termer av att lägga år till livet (mätt som ökande medellivslängd), att lägga hälsa till åren (mätt som en högre andel friska levnadsår) samt att lägga liv till de sjuka åren (mätt som mindre sociala konsekvenser av sjukdom).

Ur ett jämlikhetsperspektiv finns det två typer av jämförelser i relation till hälsa:

- olikheter i sjukdomsrisk som är resultat av olikheter i levnadsvillkor
- olikheter i levnadsvillkor som är resultat av sjukdom.

Medan det senare är en kärnfråga i handikappolitiken har mått på olikheter i sjukdomsrisker mera sällan varit föremål för politiska mål. Vi skall med ett exempel illustrera att det inte är helt okomplicerat att formulera mål om hälsans utveckling och fördelning. En förutsättning är ju att man vet hur man vill tolka den hittillsvarande utvecklingen – närmar vi oss målet eller ej?

I tabell 2.2 redovisas dödlighet bland män, 45–69 år gamla, i två yrkesgrupper i Sverige under 3 perioder; 1966-70, 1976-80 och 1986-90. Mellan de två första perioderna har vi en i stort sett oförändrad dödlighet totalt men växande skillnader mellan grupperna, vilket av de flesta sammantaget skulle betraktas som en negativ utveckling. Mellan andra och tredje perioden har vi emellertid en minskning av dödlighet totalt sett med en fjärdedel medan den relativa överdödligheten bland industriarbetare ökar från 28 procent till 43 procent. Räknat i absoluta tal har skillnaden mellan grupperna dock endast ökat lite. Dessutom har industriarbetarna som grupp minskat i storlek.

Även om man kan konstatera att vi inte närmar oss WHO-målet om 25 procents minskning av ojämlikheten i hälsa är det oklart om denna utveckling sammantaget skall betraktas som positiv eller negativ. Här kan behövas mått som på basis av politiska prioriteringar väger ihop utvecklingen för hela befolkningen med fördelningen mellan grupper. Sådana mått har utvecklats för internationella jämförelser.⁸

⁷ Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology. *Am. J. Publ. Health* 1996;86:668-677.

⁸ UNDP. *Human Development Report 1995*. Oxford University Press. NY 1995.

Tabell 2.2 Dödligheten bland män 45–69 år i två yrkesgrupper i Sverige. Alla män 1986–90=100.

	1966–70	1976–80	1986–90
Industriarbetare	122	132	113
Professionella och administrativa yrken	119	103	79
Alla yrken	117	119	100

Källa: Diderichsen F, Hallqvist J: Trends in Occupational Mortality among Middle Aged Men in Sweden 1961–90. *Int. J. Epid.* 1997;26:782–787.)

För en del men långt ifrån för alla hälsopolitiska insatser kan det finnas en motsättning mellan effektivitet och jämlikhet i utfallet. Hälsoupplýsning isolerad från andra sociala insatser har ibland hävdats vara effektiv men inte nå de mest utsatta och att den därmed tenderar att öka ojämlikheten.⁹ Utvecklingen som illustreras i tabell 2.2 kan vara uttryck för just denna motsättning mellan effektivitet och jämlikhet. Den samlade hälsopolitiken i Sverige förefaller således effektiv i och med den minskande dödligheten, men mindre jämlik därför att vissa yrkesgrupper släpar efter i utvecklingen.

⁹ Carlsson G, Arvidsson O (red). *Kampen för Folkhälsan*. Natur och Kultur. Stockholm 1994.

3 Folkhälsopolitiken – historia och nuläge

3.1 Folkhälsopolitikens historia och framväxt

Innehållet i korthet: De första tecknen på en mer medveten folkhälsopolitik i Sverige kan urskiljas under 1700-talet. Merkantilismen, som lade stor vikt vid ett lands folkökning, kom att bli en viktig drivkraft för mer systematiska insatser för att förbättra det som i dag betecknas som folkhälsan. Sverige har haft en folkhälsopolitik betydligt längre än en sjukvårdspolitik. När samhället i mer organiserad form började intressera sig för medborgarnas hälsotillstånd hade den medicinska vetenskapen endast ett par effektiva behandlingar att erbjuda. Totalt sett och i ett historiskt perspektiv har sjukvården dock kommit att spela en viktig roll för hälsoutvecklingen. Grundläggande förhållanden i samhället som t.ex. förekomst av krig, fattigdom och ekonomisk utveckling har emellertid haft väsentligt större betydelse för hälsoutvecklingen.

Sverige har sedan mitten av 1700-talet haft en kraftig och oavbruten ökning av medellivslängden. Under de senaste 200 åren har medellivslängden ungefär fördubblats. Under hela perioden har kvinnorna levt längre än männen, men skillnaderna har varierat över tiden. Redan under 1700-talet fokuserades de förebyggande insatserna till stor del på att förhindra sjukdom och dödsfall bland barn. Ser man till ohälsopanoramats utveckling under 1900-talet har de kroniska sjukdomarna relativt sett ökat kraftigt i betydelse medan infektionssjukdomarna minskat markant.

Sverige har i ett internationellt perspektiv haft förhållandevis små skillnader i ohälsa mellan olika sociala grupper. De senaste folkhälsorapporterna visar emellertid tecken på att skillnaderna i ohälsa ökar.

3.1.1 När uppfanns folkhälsopolitiken?

När blev hälsan en samhällelig angelägenhet? Sannolikt blev den det när man insåg att hälsan gick att påverka med samhällsinsatser.¹ Det skedde gradvis. Kanske kan man se Josefs råd till Faraos om att samla föda under de goda åren för att förhindra en senare hungersnöd – för övrigt en uppmaning som kom att få en direkt parallell under 1700-talet i Sverige – som ett tidigt exempel på hur man försökte förebygga en hälsofara genom organiserade åtgärder.²

Faraos hade en dröm om hur sju magra kor åt upp sju feta och hur sju tunna sädesax uppslukade sju feta ax. Josef uttydde Faraos dröm så att efter sju goda år skulle komma sju hungerår "sådana att man skall förgäta all den förra ymnigheten i Egyptens land, och hungersnöden skall förtära landet".

Josefs råd till Faraos blev: "Må Faraos ... förordna tillsyningsmän över landet och taga upp femtedelen av avkastningen i Egyptens land under de sju ymniga åren. Må man under dessa kommande goda år samla in allt som kan tjäna till föda och hopföra säd under Faraos vård i städerna, för att tjäna till föda, och må man sedan förvara den, så att dessa födoämnen finnas att tillgå för landet under de sju hungerår som skola komma över Egyptens land. Så skall landet icke behöva förgås genom hungersnöden."

Man kan för Sveriges vidkommande knappast påstå att det fanns någon uttalat medveten folkhälsopolitik förrän på 1700-talet.³ Merkantilismen, som lade stor vikt vid ett lands folkökning, var en ideologisk strömning som kom att bli en viktig drivkraft för mer systematiska insatser då det gäller att förbättra det vi i dag skulle kalla folkhälsan. Intresset för naturvetenskap och upplysningsfilosofiska tankegångar var andra viktiga förhållanden.

Den nära koppling som vi i dag ser mellan folkhälsa och sjukvård har inte alltid funnits där. Folkhälsan påverkas för det mesta inte så mycket av att man tar hand om enskilda, sjuka människor, men under årens lopp har sjukvårdens insatser ändå kommit att betyda mycket för hälsan. Grundläggande förhållanden i samhället som krig, fattigdom och ekonomisk utveckling har dock spelat en betydligt viktigare roll för folkhälsans utveckling.

¹ Rosén G. *A History of Public Health*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore 1993.

² Första Mosebok 41 kap.

³ Björkquist E, Flygare I. Den centrala medicinalförvaltningen. I: Kock W (red.). *Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962*. Nordiska bokhandels förlag. Stockholm 1963, sid.7-102.

Under 1700-talet fick läkarna, utan att deras kunskap förändrades nämnvärt, ett ökat inflytande i samhället. Frihetstiden aktade naturvetenskapen och även kyrkan tog till sig dess ideal.⁴ Det är ingen tillfällighet att provinsialläkarväsendet började byggas ut vid denna tid och att Sveriges första lasarett, Serafimerlasarettet, inrättades då – i första hand inte för att vårda sjuka (till en början fanns bara åtta vårdplatser), utan för att underlätta utbildningen av läkare. Men även andra nymodigheter, som inrättandet av Tabellverket (en föregångare till nuvarande Statistiska centralbyrån) och krav på utbildade barnmorskor (jordemödrar) i varje socken låg i linje med en optimism om att man med kunskap och rationellt handlande skulle kunna förbättra livet i Sverige, och framför allt se till att färre människor dog i späda ålder.⁵

I 1822 års instruktion uppmanades provinsialläkarna att uppmärksamma den allmänna hälsovården,⁶ att utöva kontroll över mat och dryck och tillsyn över barnens fysiska fostran. Kyrkoråden ålades hälsovårdstillsyn år 1828 och i samband med 1830-talets koleraepidemier tillsatte Sundhetskollegiet, dåtidens motsvarighet till Socialstyrelsen, särskilda sundhetsnämnder i varje stad. Sveriges första hälsovårdsstadga kom sedan år 1874. Smittkoppsvaccinering hade blivit obligatorisk redan år 1816.

Man kan med goda argument hävda att vi i Sverige haft en *folkhäl-sopolitik* betydligt längre än vi haft en *sjukvårdspolitik*. När samhället i mer organiserad form på allvar började intressera sig för medborgarnas hälsotillstånd hade den medicinska vetenskapen inte så mycket av behandling att erbjuda sina patienter. Så sent som vid mitten av 1800-talet fanns bara två effektiva läkemedel: kinabark mot malaria och digitalis mot hjärtsvikt. I avsaknad av effektiv behandling måste man förebygga sjukdomarna, på samma sätt som vår tids Aids-epidemi, där vi fortfarande står utan effektiv terapi och bara har förebyggande insatser att ta till för att försöka hindra att människor dör i sjukdomen.

⁴ Eriksson BE. *Vägen till centralhospitalet: Två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige*. Daidalos. Göteborg, 1989.

⁵ Gustafsson RÅ. *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historiesociologiskt perspektiv*. Esselte Studium Stockholm 1987.

⁶ Man har sedan länge gjort en åtskillnad mellan ”allmän hälsovård” som innefattar de åtgärder som riktar sig till alla i hälsovårdande syfte (t.ex. rent vatten) och som vanligen varit en primärkommunal angelägenhet, till skillnad från det som enbart kallats ”hälsovård” och som mer varit en angelägenhet för sjukvården. För att tydliggöra skillnaderna har under senare år beteckningen ”allmän hälsovård” ersatts med ”hälsoskydd”.

3.1.2 Folkhälsa, folkhälsopolitik och folkhälsoarbete

Även om ordet folkhälsa är tämligen nytt i svenskan har fenomenet under andra namn spelat en stor roll under ganska lång tid. Det allmänna hälsoläget har varit politiskt och ekonomiskt intressant så länge som man ansett det möjligt att påverka. Och att det inte bara var slummen som styrde hur epidemierna drabbade oss, när vi dog och varför vi dog började bli klarlagt först på 1600-talet i England.⁷

I begreppet folkhälsopolitik (dvs. en politik med syfte att förbättra folkhälsan) ligger inte bara en strävan att höja den allmänna hälsoni-vån, utan också att utjämna skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället, t.ex. mellan män – kvinnor, stadsbor – landsbygdsbor, fattiga – rika, arbetare – tjänstemän, infödda – invandrade, bosatta i söder eller norr. Vissa grupperingar brukar vi dock undanta. Vi accepterar att hälsan inte kan vara lika god hos gamla som hos unga. Skillnaderna ses som ett utslag av förhållanden som undandrar sig rimlig mänsklig påverkan.

Att kvinnor lever längre än män har också av somliga betraktats som biologiskt givet; Kvinnor har antagligen av naturen givits en potential till ett längre liv än män. Det faktum att kvinnlig överdödlighet i dag inte förekommer i något industrialiserat land – och inte förekommit i Sverige under de senaste 200 åren – ger stöd åt biologiska faktorer. Skillnaderna i medellivslängd mellan män och kvinnor varierar dock så pass kraftigt över tid och mellan länder att det, förutom biologiska grundförutsättningar, också måste finnas mänskligt styrda förhållanden, t.ex. livsvillkor, livsstil och beteenden, som påverkar förhållandet.⁸

Även om sjukvårdande insatser påverkar folkhälsan så har begreppet *folkhälsoarbete* i huvudsak reserverats för arbete utanför den traditionella sjukvården; arbete som vänder sig till grupper av människor i stället för individen och som väljer insatser av icke-medicinsk karaktär. Mycket kort kan man säga att karakteristiskt för folkhälsoarbetet är att det fokuseras på:

- att förebygga
- befolkningsinriktade åtgärder
- att mer se till "vanlighet" än "farlighet"
- icke-medicinska åtgärder.

⁷ Johannisson K. *Det mätbara samhället*. Norstedts. Stockholm 1988.

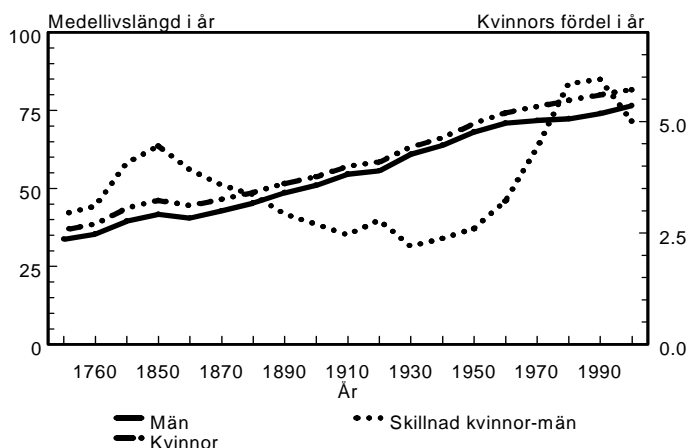
⁸ Hemström Ö. Biologiska förutsättningar och sociala förhållanden. Hypoteser om könsskillnader i dödlighet. I: Östlin P, m.fl. (red). *Kön och ohälsa. En antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Studentlitteratur, Lund 1996.

3.1.3 Ohälsopanoramats utveckling

Att så här i efterhand skaffa sig en god bild över hälsans utveckling under de senaste 100 åren i Sverige är inte helt lätt. Vi har med åren blivit allt mer sofistikerade vad gäller att diagnostisera avvikelser i hälsan (ohälsa, sjukdom) och delvis har vi också en mer utförlig dokumentation.

Ett grovt mått, som dock har sin styrka i att det finns tillgängligt med relativt god kvalitet sedan lång tid tillbaka, är dödligheten. Figur 3.1 visar medellivslängden i Sverige från perioden år 1750 fram till våra dagar.

Figur 3.1 Medellivslängden i Sverige åren 1750–1996.

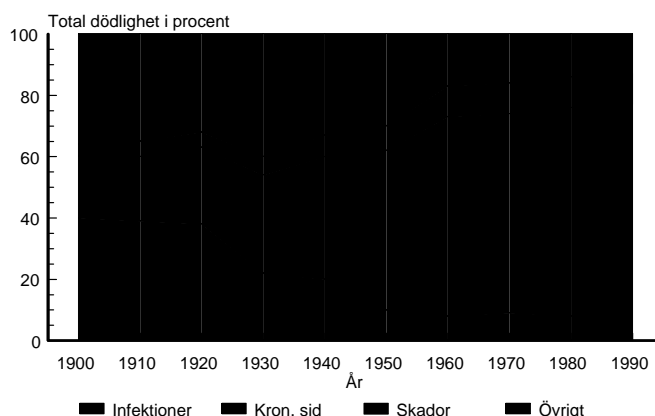


Källa: Statistiska centralbyrån: Medellivslängd i Sverige (olika årgångar).

Kurvan visar en i stort sett oavbruten ökning av medellivslängden under hela perioden. Vi ser att under tvåhundra år har medellivslängden ungefär fördubblats. Hela tiden lever kvinnorna längre än männen, men skillnaderna mellan könen varierar. Den streckade linjen i figuren (som till skillnad för medellivslängdskurvorna skall avläsas mot den högra vertikala axeln) redovisar just denna skillnad (kvinnornas medellivslängd minus männens) tydligare. Fram till ungefär mitten av 1800-talet ökar könsskillnaderna till kvinnans förmån, för att därefter sjunka i stort sett oavbrutet fram till 1920-talet. Sedan dess ökar återigen skillnaden, särskilt raskt från 1950-talet och framåt. De allra senaste åren har dock denna ökning jämfört med männen mattats, ja rent av vänt tillbaka.

Vad som varit de stora folkhälsofarorna har under tidens gång varierat (figur 3.2).

Figur 3.2 Dödlighetens fördelning på elva stora infektionssjukdomar, tre kroniska sjukdomar (hjärtsjukdom, cancer och slaganfall), skador och alla övriga diagnoser under perioden 1900–1990.



Källa: Statistiska centralbyrån: Dödsorsaker, olika årgångar.

Sjukdomspanoramats utveckling under 1900-talet karakteriseras framför allt av de kroniska (eller icke smittsamma) sjukdomarnas relativa ökning, på bekostnad av framför allt infektionssjukdomarna. Ofta betecknas den här gruppen kroniska sjukdomar som välfärdssjukdomar.

Då vi talar om välfärdssjukdomar måste vi samtidigt konstatera att de trots namnet i första hand drabbar de grupper som har minst välfärd i vårt samhälle. Hjärtinfarkt är inte längre någon "direktörssjukdom", vilket det var i början av seklet. Många cancerformer är vanligare i de socialt och ekonomiskt mindre privilegierade grupperna.⁹ Välfärdssjukdomar visar sig alltså vid en närmare analys vara ofärdssjukdomar i välfärdssamhället.

⁹ Vågerö D. Klass och dödlighet. I: Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C (red.). *Klass och ohälsa – en antologi om orsaker till den ojämlika hälsan*. Tiden-Folksam. Stockholm 1991, sid 19-31.

3.1.4 Vad bestämmer folkhälsan?

Då man försöker identifiera de förhållanden som spelar den största rollen för folkhälsan uppkommer flera svårigheter: dels varierar förhållandena över tid, dels är inte alla bestämningsfaktorer kända. Men en faktor kan också spela olika stor roll beroende på vilka andra faktorer som finns med. Ett sådant exempel är tuberkulosens historia. Många människor var smittade av tuberkulos, men av dessa utvecklade bara ett mindre antal sjukdomen tuberkulos. En rad omständigheter, t.ex. ekonomi och sociala förhållanden underlättade resp. försvårade för sjukdomen att bryta ut.

Från praktisk synpunkt kan man göra åtskillnad mellan orsaker inneboende i individen och förhållanden i miljön. Vanligtvis koncentrerar man sig på förhållanden som man på något sätt kan förändra. Ser vi på hur man i historien valt att sortera folkhälsofarorna kan några centrala områden identifieras:¹⁰

- reproduktionen
- barnens uppfostran och utbildning (läroprocessen)
- familjen
- bostadsfrågan
- föda, vatten och avlopp
- alkoholen
- skador
- arbetslivet (arbetstidsreglering, arbetsmiljö och semester osv.).

Till detta kommer områden, som utan att vara medvetet knutna till folkhälsan ändå har stor betydelse: den ekonomiska utvecklingen, lönerna och arbetslösheten etc. Tobaken finns inte med här. Den betraktades visserligen av många som osedlig, men det vetenskapliga underlaget för att tobaksrökning förorsakar såväl lungcancer som ökad risk för hjärt-kärlsjukdom kom först på 1950- och 1960-talen.

3.1.5 Ett försnävat medicinskt perspektiv

Om regeln "Kan man inte bota måste man förebygga" möjligen kan karakterisera det sena 1800-talets och det tidiga 1900-talets medicinska principer, så kom närmast regeln "När man kan bota behöver man inte förebygga" att gälla under den medicinska expansionen från mitten av

¹⁰ Lundin G, Myrgård A. Hälsovården och socialmedicinen i det moderna samhället. I: Koch W (red). a.a., sid. 281-328.

vårt nuvarande sekel. Den medicinska teknologins framgångar var stora och de ekonomiska resurserna goda. Staten lämnade successivt över ansvaret för så gott som all sjukvård till landstingen, som sedan tidigare skött kroppssjukvården. Provinsialläkarna blev distriktsläkare, distriktssköterskorna blev landstingsanställda. Hälsovårdsnämnderna behövde inte längre lita till provinsialläkaren som medicinsk expertis. Sjukvården blev allt mer sjukvård och kopplingen mellan övrig verksamhet i samhället och sjukvården blev sämre.

Samtidigt kan vi se en annan trend – hur hälsan kommer att uppfattas som en allt mer central fråga hos befolkningen.¹¹ För många människor har god hälsa kommit att bli det viktigaste målet i livet.

I detta läge väcks, genom den tidigare hälso- och sjukvårdsutredningen, frågan om inte hälsovården bör ingå som en självklar och lagstadgad del i sjukvårdshuvudmannens arbete.¹² Sjukvårdslagen döps om till hälso- och sjukvårdslag och landstingen åläggs – genom att också få ett ansvar för befolkningens hälsa – att engagera sig även i det förebyggande arbetet.

3.1.6 Traditionellt folkhälsoarbete inom och utom hälso- och sjukvårdssektorn

Hälso- och sjukvård

Fram till år 1983 omfattade således den lagstadgade sjukvården enbart behandlande åtgärder. I den mån förebyggande insatser förekom var dessa frivilliga – en frivillighet som i vissa frågor i praktiken närmast hade blivit en plikt (t.ex. vad gäller mödra- och barnhälsovård). Namnändringen från sjukvård till hälso- och sjukvård hade dock mer teoretisk och ideologisk än praktisk betydelse.

De förebyggande insatserna inom sjukvårdens ram hade tidigare huvudsakligen legat på de statliga provinsialläkarna. Särskilt hade den förste provinsialläkaren som fanns i varje län (omdöpt till länsläkare när provinsialläkarna blev landstingsanställda distriktsläkare) ett ansvar för hälsovårdsfrågor.

Ett förslag i en utredning från år 1948 att utveckla de små provinsialläkarmottagningarna till hälsocentraler, med betydligt större upp-

¹¹ Philipsson S, Uddenberg N (red). *Hälsa som livsmening*. Natur och kultur. Stockholm 1989.

¹² SOU 1979:78. *Mål och medel för hälso- och sjukvården*. Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen.

gifter på det förebyggande området, väckte då det kom häftig kritik.¹³ Förslagen byggde i stora delar på de idéer som Alva och Gunnar Myrdal skisserat redan på 1930-talet i sin debattbok "Kris i befolkningsfrågan".¹⁴ Till förslagen hörde bl.a. en kraftig utvidgning av läkarutbildningen och en fast lön för läkare – förslag som ledde till en allvarlig konflikt med Läkarförbundet och ett totalt avståndstagande från deras sida. Sett i historiens ljus kan vi nu konstatera att de flesta av de förslag som framfördes då nu är genomförda, om än något försenat.

I vad mån sjukvården skall engagera sig i förebyggande arbete har alltid varit föremål för diskussion. Då man har sagt något har det ofta varit ett uttryck för en positiv inställning till den förebyggande verksamheten. Möjligheterna att praktiskt arbeta med dessa frågor har dock nästan alltid setts som begränsade, bl.a. på grund av resursbrist, bristande kompetens och erfarenheten att det är påtagligt svårt att åstadkomma de livsstilsförändringar som behövs. Sjukvården prioriteras i dag nästan alltid framför hälsovården.

Tandhälsovården

Man brukar ofta beskriva tandsjukdomarna som ett slags kultursjukdomar som visserligen förekom även under forntiden, men då spelade en förhållandevis liten roll.¹⁵ Med den moderna livsföringen, som bl.a. innebar att man åt betydligt mer socker, kom tandsjukdomarna att öka. År 1938 antogs den proposition som lade grunden till den svenska folktandvården. Tandhälsan har under senare år utvecklats mycket gynnsamt. En bidragande orsak till detta kan vara att tandvårdslagstiftningen redan från början ställde krav på förebyggande insatser. Medan hälso- och sjukvården fick sådana krav först i och med hälso- och sjukvårdslagen från år 1983, fanns det preventiva arbetet med redan från starten i lagen om folktandvård. Då nya förebyggande metoder lanserades från 1960-talet och framåt (bl.a. fluor) var de preventiva tankegångarna redan förankrade hos folktandvårdens personal.

¹³ SOU 1948:14. *Den öppna läkarvården i riket*. Utredning och förslag av Medicinalstyrelsen.

¹⁴ Myrdal A, Myrdal G. *Kris i befolkningsfrågan*. Bonniers. Stockholm 1935.

¹⁵ Maunsbach AB. *Tandhälsovården – med särskild hänsyn till dess administration*. I: Koch W (red.). a.a., sid.568-583.

Hälsovårdsnämnderna

Hälsovårdsnämnderna inrättades år 1874 med kommunerna som huvudmän. Nämndernas verksamhet hade sitt fokus på samhälleliga och kollektiva åtgärder i förebyggande syfte (vilka kallades allmän hälsovård eller – under senare år – hälsoskydd), medan den vanliga sjukvården i huvudsak skötte den individuellt inriktade preventionen (hälsovård). I samband med inrättandet gav Sundhetskollegiet ut råd och anvisningar där man redogjorde för "de viktigaste omständigheter, som menligt inverka på det allmänna helsotillståndet". Dessa ansågs vara:¹⁶

1. Brist på frisk eller tillräckligt ren luft i bonings- och andra rum, där människor vistas, samt i deras omgivningar.
2. Bristande eller knapp tillgång på gott vatten till dryck och matlagning samt till tjänligt vatten för andra hushållsbehov och renhållning.
3. Otillräcklig eller otjänlig föda.
4. Försummad renlighet eller snygghet.
5. Kalla, dragiga bostäder; otillräcklig beklädnad.
6. Missbruk av starka drycker. Osedlighet.
7. Obenägenhet eller uraktlåtenhet att vid sjukdom anlita läkare och att iakttaga givna föreskrifter mot smittsamma sjukdomars spridande.

Denna katalog var väl i takt med dåtidens hälsoproblem. De omgivningshygieniska frågorna har allt sedan dess stått i fokus för den kommunala eller allmänna hälsovården (i dag hälsoskydd). Så har det i stor utsträckning också förblivit även om ohälsopanoramata som det speglas av dödligheten (se t.ex. figur 3.2) har förändrats från infektionssjukdomar till mer kroniska sjukdomar. I dag handlar hälsofarorna mer om födans innehåll av t.ex. fett än huruvida den bär på smitta.

3.1.7 Några särskilda hälsopolitiska områden

Arbetsmiljön

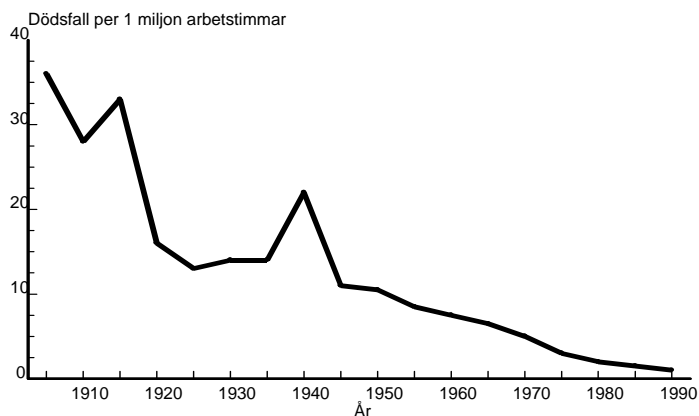
Yrkeslivet utgör troligen ett av de bästa exemplen på hur omsorgen om människors hälsa lyckats förändra villkoren för hälsa och därigenom också folkhälsan.

Statistiken över antalet dödsfall inom arbetslivet visar en mycket kraftig minskning under 1900-talet (figur 3.3). Under mellankrigstiden planar minskningen ut och under de båda krigsperioderna stiger

¹⁶ Lundin G, Myrgård A a.a.

dödstaten. Från krigsslutet år 1945 noterar vi en jämn sänkning av de arbetsmiljörelaterade dödsfallen. En liknande utveckling ser vi även om vi använder annan statistik på arbetsskador, samtidigt som rapporteringen under vissa perioder blivit bättre och gör det svårt att mer detaljerat jämföra utvecklingen över tid.

Figur 3.3 Antalet dödsfall per 1 miljon arbetstimmar under perioden 1906–1990.



Källa: Statistiska centralbyrån: Arbetsmiljön i siffror 1985 med kompletteringar.

Bakom denna påtagliga folkhälsovinst ligger ett långvarigt och systematiskt arbete direkt riktat mot förbättring av arbetsmiljön. De fackliga organisationerna har här spelat en betydelsefull roll. Arbetsmiljön har brutits ut från mycket annat folkhälsoarbete och håller sig med en särskild organisation för såväl forskning (Arbetslivsinstitutet) som tillsyn (Arbetarskyddsstyrelsen och de regionala yrkesinspektionerna). På liknande sätt som tandhälsovården kommit att organiseras skild från hälso- och sjukvården har arbetsmiljön blivit ett alldeles eget område, som ofta lämnas utanför då man diskuterar folkhälsoarbete. Arbetet för en bättre arbetsmiljö kan i många avseenden ses som ett gott exempel på vad ett systematiskt folkhälsoarbete kan ge.

Folkrörelser och folkhälsa

Termen folkrörelse har med litet skiftande innebörd använts sedan mitten av 1800-talet för att beteckna organisationer som med bred upp-

slutning vänt sig emot upplevda missförhållanden som olika samhällsinstitutioner uppvisat.¹⁷ Hit hör t.ex. frikyrkorörelsen, nykterhetsrörelsen, arbetarrörelsen, konsumentkooperationen, den tidiga kvinno- och idrottsrörelsen.

Även om få av dessa folkrörelser haft bättre folkhälsa som ett uttalat mål (med undantag av nykterhetsrörelsen) så har de ändå kommit att bidra till hälsoprofileringen.

Ronny Ambjörnsson visar i sin bok "Den skötsamme arbetaren"¹⁸ hur intellektuell nyfikenhet med ett slags automatik antas ge nyttiga sidoeffekter. För nykterhetsrörelsen i slutet av 1800-talet var det viktigaste inte nykterhet utan bildning och kunskap. Skaffade man sig väl detta intresse kom nykterheten som en sidoeffekt. Man orkade inte läsa och diskutera om man söp och var onykter. Kritisk läsning och ifrågasättande av officiella sanningar gick också som en röd tråd genom frikyrkorörelsen. Betydelsen av att självständigt kunna ta del av information kom sannolikt att betyda mycket – inte bara för folkhälsan utan för hela samhällsutvecklingen.

Folkrörelsernas betydelse för folkhälsopolitiken kan illustreras av alkoholfrågan. Alkoholkonsumtionen som under förra delen av 1800-talet var enorm (försiktiga skattningar anger en årlig brännvinsproduktion av 20 liter per vuxen person vid mitten av 1800-talet) ledde till en allt större opinion mot det omfattande superiet. De "moderna" nykterhetsrörelserna uppstod i slutet av 1800-talet, inspirerade av bl.a. väckelserörelserna.¹⁹ Nykterhetsbudskapet fick spridning också i bl.a. den växande arbetarrörelsen. I samband med storstrejken år 1909 infördes ett tillfälligt totalförbud. I ljuset av de positiva effekter man då såg startade nykterhetsrörelsen en namninsamling där 56 procent av befolkningen över 18 år (män och kvinnor) uttalade sig för ett förbud. Inför idéerna om ett totalförbud lanserade läkaren Ivan Bratt ett program för att minska alkoholkonsumtionen. Genom ett statligt monopol för tillverkning och försäljning av alkohol skulle det privata vinstintresset tas bort och genom en individuell inköpskontroll (motboken) skulle konsumtionen begränsas. Vid en förbudsomröstning år 1922 förlorade förbudsvännerna med knapp marginal (49 procent röstade för ett totalt alkoholförbud).

Då motbokssystemet avskaffades år 1955 skedde en kraftig ökning av alkoholkonsumtionen. För att minska konsumtionen höjdes priset på

¹⁷ Se Johansson H. *Folkrörelserna i Sverige*. Stockholm 1980.

¹⁸ Ambjörnsson R. *Den skötsamme arbetaren. Idéer och ideal i ett norrländskt sågverkssamhälle 1880-1930*. Carlssons. Stockholm 1988.

¹⁹ Johansson H. *Den svenska godtemplarrörelsen och samhället*. Oskar Eklunds bokförlag. Stockholm 1947.

alkohol kraftigt. Detta prisinstrument har allt sedan dess varit en av de centrala ingredienserna i den svenska alkoholpolitiken, som förutom begränsning av det privata vinstintresset också byggt på att minska alkoholdryckernas tillgänglighet.

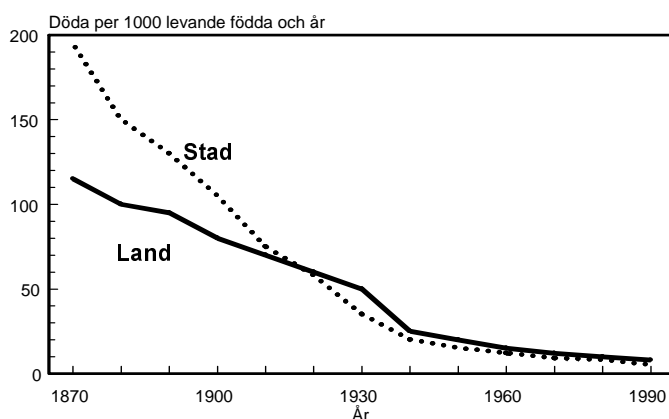
Bosättningsmönstrets betydelse

Under 1800-talet genomfördes en rad skiftesreformer med syfte att lägga samman böndernas olika jordlotter till ett fåtal, sammanhängande ytor. År 1827 kom en förordning om laga skifte och skiftesverksamheten kom att äga rum under en stor del av 1800-talet. Reformen fick på längre sikt stora ekonomiska konsekvenser. Den skapade förutsättningar för ett mer rationellt jordbruk och var också en av förutsättningarna för teknisk rationalisering inom jordbruket. Samtidigt fick den stora sociala och psykologiska konsekvenser. Som en följd av skiftena sprängdes de gamla byarna i så gott som hela landet. Enligt vissa författare bidrog skiftena också till att gammalkyrklig tro och sed bröts ned. Det blev därför lättare för den mer individualistiska religiositet som frikyrkorörelsen representerade.²⁰

Tidigare var landsbygden, ur hälsosynpunkt, en säkrare plats att bo på än staden. När epidemier hotade flyttade de som kunde ut ur städerna till landet. Detta hängde samman med den större risken för smittspridning i städerna, parat med okunskap om vilka förhållanden som medverkade till att människor blev sjuka. Vid industrialiseringens början i Sverige, på 1870-talet, innebar det att landsbygdsbefolkningen flyttade från en från hälsosynpunkt mer skyddad miljö till stadens faror. Det kom dock inte att dröja så länge innan mönstret blev det motsatta. Figur 3.4 visar spädbarnsdödlighetens utveckling på landsbygden och i staden sedan 1870-talet.

En bit in på 1900-talet passerar spädbarnsdödligheten i städerna den nedåtgående trenden för landsbygden och fortfarande kvarstår en viss skillnad till städernas fördel även om nivån nu ligger mycket lågt. Att spädbarnsdödligheten nu är lägre i staden än på landet är inget unikt fenomen. Ett likartat mönster uppvisar många andra sjukdomar, t.ex. hjärt-kärlsjukdom och skador, medan t.ex. cancersjukdomarna är vanligare i staden.

²⁰ Norborg LA. *Sveriges historia under 1800- och 1900-talen*. Almqvist & Wiksell. Stockholm 1995.

Figur 3. 4 Spädbarnsdödligheten i staden och på landsbygden.

Källa: Statistiska centralbyrån: Historisk statistik för Sverige, del I, med kompletteringar.

I början på 1800-talet bodde ungefär 10 procent av Sveriges befolkning i städerna. I dag är siffran över 80 procent. Man kan fråga sig om flyttningen till staden har bidragit till en förbättrad folkhälsa eller om det är den starka urbaniseringen som gjort att vi satsat mer av vårt förebyggande arbete på förhållanden i staden än på landet.²¹

Vi kan se på drunkningen som exempel. Drunkningsdöd är i dag förhållandevis ovanligt jämfört med för hundra år sedan. En delförklaring kan vara att de flesta människor i dag är simkunniga. Så var det inte på 1800-talet. Men en annan och förmodligen ännu viktigare förklaring är att vi inte exponeras för drunkningsrisker lika mycket i dag. För hundra år sedan var vattenvägen fortfarande mycket använd. På vattnet kunde man frakta stora laster billigt. Marktransporter var betydligt dyrare. På vintrarna möjliggjorde isen genvägar. I dag leker färre barn vid vatten och brunnar. Vi tar vanligen bilen, inte båten, när vi skall förflytta oss. Samtidigt som stadsmiljön introducerar nya faror, skyddar den oss från andra. Arbetet med att förbättra miljön har också sannolikt varit mer intensivt i staden än på landet. I enlighet med den preventiva paradoxen är stadens eller tätortens risker, som berör så många fler, av större intresse än landsbygdens risker, som drabbar färre individer.

²¹ För en översikt av urbaniseringen och hälsoutvecklingen, se Diderichsen F. *Stad och hälsa. Stadsutveckling ur ett hälsoperspektiv*. Nationalkommittén för Stadsförnyelsekampanjen. Stockholm 1981.

Det uppväxande släktet

Redan på 1700-talet, då folkhälsofrågan handlade om att öka befolkningens storlek av bl.a. ekonomiska och militära skäl, fokuserades de förebyggande insatserna på att förhindra sjukdom och dödsfall bland barn. Vid den tidpunkten var dödligheten mycket stor. Av 1000 födda barn dog omkring 200 redan under första levnadsåret.²²

När vi, som i figur 3.1, använder medellivslängden som en indikator på hälsan, blir detta mått i stor utsträckning beroende av dödlighet i unga år. Ett liv som släcks vid ett års ålder (om den antagna medellåldern är 60 år) innebär en förlust av hela 59 år, medan en person som dör vid 55 års ålder bara påverkar medelvärdet med en tiondel av detta.

Under 1800-talet handlade folkhälsoinsatserna riktade mot barnen om att förhindra infektioner och undernäring. En viktig uppgift var att övertyga mammorna om betydelsen av att amma barnen.²³ Infektionsspridning till följd av bristande näring, trångboddhet och orenlighet stod i fokus för de förebyggande insatserna.

I takt med att infektionsfaran kunde bemästras förbättrades barnhälsan. Det stora hot som växte fram under vårt århundrade var skadorna. Miljön i hemmet (med t.ex. öppen eld) kunde förbättras, samtidigt som nya faror introducerades (t.ex. elektricitet). Framför allt kom biltrafiken att innebära ett hot mot barn och ungdomars hälsa.

Genom stora insatser på det olycksfallsförebyggande området kom dock utvecklingen i Sverige att bli mycket gynnsam. Under 40 år, från år 1950 till år 1990 sjönk antalet dödade barn per år i åldern 0–14 år från 422 till 75. Sverige innehar därmed världsrekordet i låg barnadödlighet. Vi behöver bara gå över Öresund till Danmark för att få dödstal för samma åldersgrupp som ligger ungefär 100 procent över de svenska siffrorna.²⁴

Kvinnorna och folkhälsan

Initiativ för en bättre folkhälsa tar sig gärna ett patriarkalt uttryck. Någon som vet bättre (staten, vetenskapen, läkarna, männen) talar om vad

²² Högberg U. *Svagårens barn. Ur folkhälsans historia*. Liber. Stockholm 1983.

²³ Brändström A. *De kärlekslösa mödrarna. Spädbarnsdödligheten i Sverige under 1800-talet med särskild hänsyn till Nedertorneå*. Umeå universitet. Umeå 1984.

²⁴ Berfenstam R. Dödligheten i barnolycksfall bland de lägsta i världen. I: Steineck G (red.): *Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Folkhälsoinstitutet, Stockholm 1997.

som är fel och vad som skall göras. Ibland lagstiftar man om det, som t.ex. alkohollagstiftningen och bilbälteslagen.

Att kvinnor i Sverige under flera hundra år haft en medellivslängd som överstigit männens har stundom varit ett argument mot att kvinnorna skulle vara förfördelade då det gäller hälsan. Samtidigt har kvinnorna i många sammanhang framstått som sköra och utsatta, där det krävts särskild varsamhet i folkhälsans namn.²⁵ En rad uppgifter beträffande sjukskrivning, läkemedelskonsumtion, sjukvårdsutnyttjande och subjektiva hälsobesvär visar alla tämligen samstämmigt att även om kvinnan lever längre än mannen, tycks hon besväras av fler sjukdomar och besvär än män i jämförbar ålder.²⁶

Skillnaden mellan männens och kvinnornas medellivslängd har inte heller varit konstant eller ens visat en likartad trend. Enligt WHO:s senaste årsrapport finns det två länder i världen där männen lever längre än kvinnorna (Maldiverna 2,5 år och Nepal 0,5 år). Den största skillnaden mellan könsens medellivslängd hittar vi i Ryssland där kvinnor lever 12 år längre än männen.²⁷

Under den period från vilken vi har någorlunda pålitlig svensk statistik, dvs. från år 1750 och framåt, har skillnaderna i medellivslängd stundom ökat, stundom minskat (se figur 3.1). Ett viktigt förhållande som påverkar kvinnors livslängd är barnafödandet. Intill sen tid har det varit riskfyllt att föda barn. Ju fler barn som föds, desto större risk för kvinnorna. Bortser vi från detta kan vi möjligen ana kvinnors varierande fördel gentemot männen i medellivslängd som något som avspeglar deras speciella hälsovillkor i samhället. Tabell 3.1 förtecknar några milstolpar då det gäller att få till stånd mer jämlika förhållanden mellan kvinnor och män under de senaste 150 åren.

Det kan vara intressant att läsa tabell 3.1 mot relief av figur 3.1, som visar hur medellivslängden förändrats under motsvarande period liksom skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män. Ökningen i medellivslängd visar en relativt jämn kurva, med en tendens till avmattning bland män under perioden 1950–1980. Könsskillnaderna minskar fram till omkring år 1920, för att därefter åter öka.

²⁵ Johannisson K. *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Norstedts. Stockholm 1994.

²⁶ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

²⁷ WHO. Fighting disease, fostering development. *Tje World Health Report 1996*. WHO. Geneva 1996.

Tabell 3.1 Viktiga beslut som rör kvinnan under tiden 1850–1997.

1850–74	
1858	Ogift kvinna över 25 år kan förklaras myndig
1870	Kvinnor får rätt att avlägga studentexamen
1875–99	
1884	Kvinnor får rätt att fritt välja make
1900–1924	
1909	Allmän rösträtt för män till andra kammaren
1913	Folkpension
1919	Kvinnlig rösträtt
1919	8 timmars arbetsdag
1919	Principbeslut om lika lön för kvinnor och män i statlig tjänst
1920	Kvinnan behöver inte längre mannens tillstånd för att söka arbete utom hemmet
1925–49	
1923	Behörighetslag som gjorde kvinnor behöriga till de flesta högre statliga tjänster
1927	Flickor fick tillträde till högre allmänt läroverk
1935	Lag om offentlig arbetsförmedling
1938	Preventivmedel tillåts
1938	Lag om två veckors semester
1939	Aborter legaliseras delvis
1947	Barnbidrag införs
1947	Sveriges första kvinnliga statsråd utses
1950–74	
1950	Riksdagsbeslut om enhetsskola
1955	Lagstadgad betald ledighet för yrkesarbetande kvinnor vid barnsörd
1958	Kvinnor får rätt att bli präster
1960-	Daghemsbyggande prioriteras högt
talet	
1970	Obligatorisk särbeskattning av äkta makar
	Föräldraförsäkring
1974	"Fri" abort
1975–97	
1979	Rätt till 6 timmars arbetsdag för småbarnsföräldrar (på egen bekostnad)

Under 1800-talets senare hälft händer förhållandevis litet som illustrerar ett folkhälsopolitiskt engagemang. Könsskillnaderna minskar, vilket i huvudsak beror på en mindre ökning av medellivslängd bland kvinnor än bland män. Detta skulle kunna tolkas som en effekt av att samhällssituationen inte förbättras lika mycket för kvinnor som för män, även om ett sådant samband ingalunda är bevisat. I början på 1900-talet händer det betydligt mer för kvinnorna än tidigare. Nu börjar också deras medellivslängd att öka mer än männens. I början på 1900-talet är den 2,1 år längre än männens för att till 1980-talet ha vuxit nästan till det tredubbla; 5,9 år. Om man vill diskutera eventuella samband mellan politiska insatser och förändrad medellivslängd ställs förstas frågan om tidsperspektivet på sin spets: Hur lång tid tar det innan folkhälsopolitiska reformer har genomslagskraft på folkhälsan?

Karl J. Höjer betecknar i sin bok *Svensk socialpolitisk historia*²⁸ de två första decennierna på detta århundrade som "socialpolitisk islossning" – en karakteristik som skulle kunna passa med en tolkning att socialpolitiska reformer har betydelse för medellivslängdens utveckling. Under perioden 1925–1949 sker den största ökningen av medellivslängden i Sverige under hela den studerade perioden. Ökningen är närmare 10 år för kvinnorna och drygt 7 år för männen.

Klass och folkhälsa

"Fattigdom som sjukdomens orsak" var titeln på ett föredrag som en av folkhälsans pionjärer, den österrikiske läkaren Johann Peter Frank, höll redan år 1790.²⁹ Många har efter honom pekat på det nära sambandet mellan ekonomisk ställning och hälsoläge, som tycks hålla inte bara för enskilda individer utan också mellan samhällen och länder.³⁰

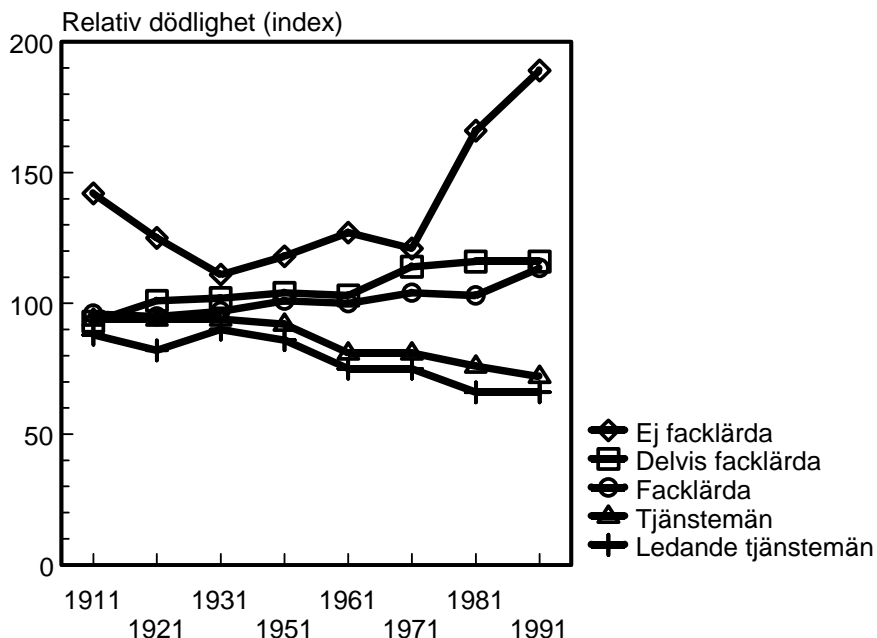
Statistik från England och Wales (motsvarande data saknas för svenska förhållanden) visar att skillnaden i dödlighet mellan arbetare och tjänstemän har ökat alltsedan mellankrigstiden (figur 3.5). Totalt sett har dödligheten hela tiden minskat sedan dess, dvs. medellivslängden har ökat genom att dödsfallen inträffat allt senare i livet, men de relativa skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän har ökat. Detta trots att man år 1946 genomförde den s.k. Beveridgeplanen, vilken bl.a. innebar kostnadsfri sjukvård vid konsultationstillfället. Trots reformer med jämlikhetskapande innebörd har klyftorna blivit större.

²⁸ Höjer KJ. *Svensk socialpolitisk historia*. Norstedts. Stockholm 1952.

²⁹ Frank JP. *Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten* (Pavia 1970). Johann Ambrosius Bath Verlag. Leipzig 1960.

³⁰ Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Routledge. London 1996.

Figur 3.5 Dödlighet och yrkesgrupp i England och Wales åren 1911–1991.
 Index 100 = genomsnittet för alla yrken resp. år. Siffrorna från 1911 och 1921 baseras på en annan yrkesindelning och är inte fullt jämförbara med de övriga.



Källa: Drever F, Whitehead M. *Health Inequalities*. Office for National Statistics, Series DS No. 15. London: The Stationary Office 1997.

Sverige har i ett internationellt perspektiv haft förhållandevis små skillnader i ohälsa mellan olika sociala grupper. De senaste folkhälso-rapporterna visar dock en trend liknande den i England och Wales: att de relativa skillnaderna ökar, trots att den allmänna nivån sjunker något. Olika orsaker har lanserats för att förklara denna, som man tycker, paradox:

- i det nya "kroniska" sjukdomspanoramat betyder livsstilen mer och livsstilen är svår att påverka med allmän välfärdspolitik
- det sker en segregering av de allmänna levnadsvillkoren (arbete och lön etc.) vilket bidrar till en ojämlikhet i hälsa
- moderna kampanjer som används i folkhälsoarbetet vänder sig i första hand till tjänstemän.

Oaktat att vi är osäkra på varför klyftorna ökar bör det vara ett observandum då det gäller val av område och metod för folkhälsoarbetet. Rapporter under de senaste åren hävdar att de sociala skillnaderna i hälsa nu är betydligt större i Sverige än i de flesta andra europeiska länder. I mellankrigstidens diskussion togs de skillnader i hälsa som fanns till intäkt för att det faktiskt gick att förbättra hälsan till den nivå där de som hade det bäst befann sig. Alva Myrdal skriver i sin bok "Folk och familj": "Det finns inga skäl att tolerera en högre barnadödlighet i någon socialgrupp än den som är den genomsnittliga i t.ex. den ekonomiskt bäst ställda fjärdedelen av befolkningen. Vad denna klass kan köpa sig av barnhälsa och sparade barnliv, kan samhället köpa åt de andra folkgrupperna."³¹

3.2 Mål och inriktning för dagens folkhälsopolitik

Innehållet i korthet: Regering och riksdag har vid några tillfällen under 1980- och 90-talet mer samlat behandlat folkhälsofrågor. I 1984 års proposition om utvecklingen för hälso- och sjukvården m.m. talas för första gången om en samlad folkhälsopolitik. Vikten av ett aktivt och tvärsektoriellt folkhälsoarbete betonas. I propositionen framhålls att folkhälsoarbetet främst skall inriktas på grupper som har ökad risk att drabbas av ohälsa.

Enligt 1991 års folkhälsoproposition är ökad jämlikhet det överordnade målet för folkhälsopolitiken. Bakgrunden är att hälsan hos befolkningen i allmänhet har förbättrats, men att skillnaderna i hälsa samtidigt ökar. I propositionen betonas att det lokala deltagandet och engagemanget i folkhälsoarbetet måste utvecklas. Betydelsen av hälsokonsekvensbeskrivningar framhålls. Genom förslagen i propositionen inrättas Folkhälsoinstitutet.

Även i 1993 års regeringsskrivelse framhålls vikten av insatser för de mest utsatta grupperna. Hälsoinsatser som en investering betonas.

Vi har i det föregående beskrivit hur folkhälsopolitiken vuxit fram, steg för steg och genom insatser inom de flesta av samhällssektorerna. I det här avsnittet ges en bild av hur folkhälsopolitikens mål och inriktning formulerats på nationell nivå – av regering och riksdag – från mitten av

³¹ Myrdal A. *Folk och familj*. KF:s bokförlag. Stockholm 1944.

1980-talet och framåt. Regeringen och riksdagen har vid några tillfällen under denna period på ett mer samlat sätt behandlat området och diskuterat folkhälsopolitikens mål och inriktning. Det är dessa tillfällen som är utgångspunkten för beskrivningen i det följande.

3.2.1 1984 års proposition slår fast alla sektorerers ansvar

Det är i propositionen Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. (prop. 1984/85:181) som regering och riksdag för första gången talar om en samlad folkhälsopolitik och förespråkar en sådan. Förslagen i propositionen baseras bl.a. på det arbete som bedrivits inom den s.k. HS-90-utredningen och i Cancerkommittén.

I propositionen konstateras att hälsan i hög grad bestäms av människornas livsvillkor och livsstil. Den ekonomiska och sociala utvecklingen samt fördelningen av välfärden har en avgörande betydelse för hälsan hos befolkningen. De stora hälsoriskerna i samhället finns, enligt vad som framhålls, i fysiskt och socialt bristfälliga arbetsmiljöer, i trafik- och boendemiljön, i arbetslöshet och risk för arbetslöshet, missbruk av alkohol och narkotika, konsumtion av tobak, olämpliga kostvanor samt i psykologiska och sociala påfrestningar till följd av bristande relationer till medmänniskor.

I propositionen framhålls att Sveriges befolkning i stort har ett gott hälsoläge men att det finns stora skillnader mellan olika social- och yrkesgrupper vad gäller risken att drabbas av ohälsa och för tidig död. Enligt propositionen bör därför det förebyggande arbetet ägna särskild uppmärksamhet åt de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

I propositionen betonas att det förebyggande arbetet måste bedrivas på många fronter. Förebyggande arbete är en uppgift för hela samhället. Arbetet måste engagera medborgarna, folkrörelserna och andra ideella organisationer samt de myndigheter som på olika sätt kan medverka till att minska hälsorisker och främja goda livsvillkor. Enligt propositionen har hälso- och sjukvården flera viktiga uppgifter i det förebyggande arbetet, men till stora delar måste folkhälsopolitiken verkställas genom insatser från andra samhällssektorer, t.ex. utbildningspolitiken, miljöpolitiken, trafikpolitiken, alkohol- och drogpolitiken, jordbruks- och livsmedelspolitiken samt arbetsmiljö- och bostadspolitik.

I propositionen lämnas vissa riktlinjer som syftar till att stärka folkhälsoarbetet och att utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sammanhanget. Det gäller bl.a. följande:

- Underlag för hälsopolitiska program för förebyggande insatser mot olika hälsoproblem skall regelbundet tas fram och revideras. Bl.a. nämns att program mot psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar skall tas fram med förtur.
- Med syfte att utveckla det skadeförebyggande arbetet skall åtgärder vidtas för att förbättra skadestatistiken.
- Det är viktigt att arbetslösheten som hälsorisk ytterligare klargörs och analyseras. Arbetslöshetens negativa hälsoeffekter bör beaktas vid utformningen av den framtida närings- och arbetsmarknadspolitiken.
- Sambandet mellan kost och hälsa betonas. Ökad kunskap hos befolkningen om kostens betydelse för hälsan skall vara ett centralt mål för hälsoupplýsningen. Speciell uppmärksamhet skall ägnas åt konsumtionsvanorna hos särskilda riskgrupper.
- Hälsoupplýsningens roll för att förebygga ohälsa och främja en god hälsa betonas. Varje landsting skall inom sitt område ha ansvar för hälsoupplýsningen. Landstingen skall samverka med andra organ som kommuner, myndigheter och organisationer.
- Betydelsen av ett tvärsektoriellt samarbete kring hälsofrågorna betonas. Hälso- och sjukvårdens roll i samarbetet skall främst vara att ta fram och förmedla kunskap om ohälsans orsaker och fördelning i befolkningen. Landstingens samhällsmedicinska verksamheter bör ha en central roll i sammanhanget. Kunskapen skall utgöra underlag för insatser inom andra samhällssektorer.

Som en följd av förslagen i propositionen att både stärka och tydliggöra hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet beslutade riksdagen om en komplettering av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med en ny bestämmelse; 2 b §. Genom den nya bestämmelsen markeras särskilt att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa samt att den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, när det är lämpligt, ges upplýsningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Propositionen innebär i sammanfattning att begreppet samlad folkhälsopolitik introduceras samtidigt som vikten av ett aktivt och tvärsektoriellt folkhälsoarbete betonas. I flera sammanhang framhålls betydelsen av att grupper med ökad risk att drabbas av ohälsa skall upp-

märksammas i folkhälsoarbetet. De förslag som läggs fram i propositionen är emellertid av mer övergripande och allmän karaktär. Det handlar snarare om allmänna bedömningar och övergripande ställningstaganden än om förslag till konkreta åtgärder.

3.2.2 1991 års proposition betonar ökad jämlikhet

Enligt propositionen Om vissa folkhälsofrågor (prop. 1990/91:175) skall ökad jämlikhet vara det överordnade målet för folkhälsopolitiken. Propositionen bygger i huvudsak på material från den s.k. Folkhälsogruppen samt på Socialstyrelsens folkhälsorapporter. Folkhälsogruppen tillsattes år 1988 av regeringen, bl.a. som en följd av den tidigare nämnda propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. Folkhälsogruppens uppgift var bl.a. att följa hälsoutvecklingen, med särskild tonvikt på hälsans ojämlika fördelning samt att överväga behov av olika hälsopolitiska initiativ. I uppdraget ingick dessutom att analysera kunskapsbehov och beakta behov av utbildning inom området.

I propositionen framhåller regeringen att samhällets ekonomiska och sociala utveckling förmått skapa goda materiella villkor och ett långt friskt liv för flertalet i befolkningen. Men i vissa grupper har utvecklingen skapat sjuklighet, utslagning och för tidig död. Enligt regeringen har individen ett stort ansvar för sin egen hälsa, men alla medborgare har "ett gemensamt ansvar att med hälsopolitiken motverka de mekanismer i samhällsutvecklingen som skapar en ojämlik hälsoutveckling". Hälsopolitiken har under senare år präglats av stor effektivitet i den meningen att folkhälsan har förbättrats avsevärt, men samtidigt finns det enligt regeringen flera tecken som tyder på att den sociala ojämlikheten i hälsan har ökat.

I propositionen introducerar regeringen uttryckssättet en hållbar utveckling. På samma sätt som sker inom miljöpolitiken bör man inom hälsopolitiken, när olika utvecklingsalternativ skall bedömas, kunna tala om en hållbar utveckling ur ett hälsoperspektiv. Enligt regeringens uppfattning förutsätter en sådan hållbar utveckling "en samhällsutveckling och levnadsvanor som inte undergräver utan främjar möjligheterna för människan att leva ett hälsosamt liv". Den omständigheten att redan tidigare stora skillnader i hälsa mellan olika social- och yrkesgrupper kvarstår eller ökar är enligt propositionen att betrakta som en inte hållbar utveckling ur ett folkhälsoperspektiv. Regeringen anser mot denna bakgrund att ökad jämlikhet skall vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet.

Ett folkhälsopolitiskt arbete som syftar till att minska klasskillnaderna i hälsa måste enligt regeringen omfatta alla samhällsnivåer och flertalet samhällssektorer. På strukturell nivå är den ekonomiska utvecklingen och fördelningsspolitiken av strategisk betydelse. På individuell nivå krävs speciella insatser för att utforma hälsoupplysningen på ett sådant sätt att den når i första hand grupper "vilkas vardag präglas av påtvingade eller frivilligt valda ohälsosamma levnadsvanor". Det är enligt regeringen angeläget att man på alla samhällsnivåer söker vidareutveckla former för information om förbättrad folkhälsa som utgår från de utsatta gruppernas livsperspektiv.

Folkhälsans utveckling och fördelning är beroende av insatser inom de flesta samhällsområden. Arbetet för att förbättra folkhälsan är en kontinuerlig process som skall genomsyra hela välfärdspolitiken. Innehållet i och formerna för folkhälsoarbetet måste ständigt vidareutvecklas för att få genomslag i ett föränderligt samhälle. I propositionen redovisar regeringen ett antal strategier för folkhälsoarbetet under 1990-talet. Det gäller bl.a. följande:

- Folkhälsoarbetet under 90-talet skall betona och vidareutveckla det lokala deltagandet och engagemanget. Basen för folkhälsoarbete måste i allt högre grad läggas på lokal nivå, där program bör tas fram och insatser göras. I det lokala arbetet är en tvärssektoriell samverkan en självklarhet. Det lokala arbetet skall bedrivas så att det möjliggör en aktiv medborgarmedverkan. Folkkrörelsernas engagemang i det lokala arbetet är viktigt.
- Hälsa- och sjukvården har en strategisk betydelse för ett effektivt folkhälsoarbete. Hälsa- och sjukvårdens kunskaper om ohälsans omfattning, fördelning och orsaker måste i högre grad användas i andra samhällssektorer för förebyggande hälsoarbete.
- Statens roll är bl.a. att ge stöd åt det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Det kan ske genom bl.a. författningsstöd, nationell registerhållning och statistik, forskning och viss metodutveckling, internationella kontakter samt viss erfarenhetsspridning.
- Effektivt folkhälsoarbete förutsätter samarbete över sektorsgränserna. Det tvärssektoriella samarbetet bör utvecklas i flexibla och obyråkratiska former.
- Det tidigare inledda arbetet med hälsopolitiska program (som delvis var en följd av förslagen i ovan nämnda proposition Om utvecklingslinjer för hälsa- och sjukvården m.m.) skall vidareutvecklas och intensifieras. Folkhälsoprogrammen kan och bör ha olika inriktning. De kan inriktas mot specifika sjukdomar, riskfaktorer och samhällssektorer samt olika befolkningsgrupper. Hälsopolitiska mål skall utarbetas av myndigheter vars verksamheter är av

avgörande betydelse för befolkningens hälsa. De hälsopolitiska målen skall bl.a. inkludera mål och riktlinjer för att minska de skillnader i hälsa som finns mellan könen och mellan olika social- och yrkesgrupper.

- Det är väsentligt att hälsoaspekter beaktas när beslut tas inom olika områden. Metoderna för hälsorelaterade konsekvensbedömningar är emellertid relativt outvecklade inom många sektorer. Ett långsiktigt utvecklingsarbete är av stor betydelse för att säkerställa att hälso-mässiga konsekvenser av olika beslut kan belysas.
- Speciell uppmärksamhet bör ägnas kvinnor samt barn och ungdomar i 1990-talets folkhälsoarbete. Skälet är dels de ökande sociala skillnaderna i ohälsa bland kvinnor, dels insikten om hälsans olika villkor bland barn och ungdomar.
- Det behövs ett fortsatt aktivt och intensifierat arbete under 1990-talet för att minska konsumtionen av såväl alkohol som tobak. (I propositionen redovisades också en rad konkreta förslag med syfte att uppnå en minskad konsumtion.)

Slutligen skall också påpekas att 1991 års folkhälsoproposition låg till grund för bildandet av Folkhälsoinstitutet. En närmare redovisning av Folkhälsoinstitutets roll och uppgifter lämnas i kapitel 4.

3.2.3 1994 års skrivelse – folkhälsoarbete en investering

Det senaste tillfället när regering och riksdag mer samlat behandlat folkhälsofrågor var år 1994, med anledning av regeringens skrivelse *Investera i hälsa – Prioritera för hälsa* (skr. 1993/94:247). I skrivelsen lämnar regeringen en redogörelse över hälsoutvecklingen i Sverige. Vidare redovisas vissa åtgärder som regeringen avser att vidta inom folkhälsoområdet. Bl.a. aviseras här regeringens avsikt att tillkalla en kommitté med uppgift att formulera nationella mål för hälsoutvecklingen. Skrivelsen baseras främst på underlag från Socialstyrelsens tredje folkhälsorapport.

I skrivelsen framhålls att en god hälsa är av stor vikt både för enskilda individer och för samhället. För de enskilda medborgarna ger en god hälsa förutsättningar för ett aktivt liv med fullt deltagande i samhällslivet. Ur ett samhällsperspektiv innebär en god hälsa att produktion och välbefinnande kan främjas. God hälsa innebär att kostnader för t.ex. hälso- och sjukvård, sjukpenning och förtidspension blir lägre. En huvuduppgift för det allmänna är att skapa förutsättningar för att varje individ skall kunna uppnå en god hälsa. Att skapa bra livsvillkor

och förutsättningar för en god hälsa inbegriper alla samhällssektorer och alla skeden i livet.

I skrivelsen betonas att folkhälsoinsatser måste ses i ett långsiktigt perspektiv. Insatser för att främja en god hälsa kan ses som en investering. Det är en investering som kan ge utdelning dels i form av en mer välmående befolkning, dels i form av ökade intäkter till följd av bättre produktionsförutsättningar och lägre kostnader, t.ex. genom minskad utslagning från arbetslivet. För att kunna investera fordras möjligheter att prioritera mellan olika insatser. Av det skälet är en fortsatt kunskapsuppbyggnad inom folkhälsoområdet mycket angelägen.

Enligt regeringens uppfattning kan hälsoutvecklingen i Sverige sammanfattas med orden förbättring men i vissa avseenden också större skillnader. Den allmänna trenden är positiv, men en varningssignal är att hälsoutvecklingen för vissa grupper är ogynnsam. I skrivelsen framhålls att riskfaktorer för ohälsa inte fördelar sig slumpmässigt i befolkningen. Personer med kort utbildning och dålig ekonomi exponeras i större utsträckning för risker av både livsstilskaraktär och strukturell karaktär än personer med längre utbildning och god ekonomi. I flera sammanhang påpekas att metoder behöver utvecklas för att i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet nå de befolkningsgrupper som är mest utsatta.

Som redan nämnts aviseras i skrivelsen att en kommitté skall tillsättas med uppgift att utarbeta underlag för nationella hälsomål. Enligt regeringen behövs tydliga övergripande hälsomål och prioriterade hälsoeffekt mål såväl inom hälso- och sjukvården som inom andra samhällssektorer. Det behövs också en ökad kunskap om vilken process som är nödvändig för att utveckla denna typ av mål till vägledning för regionala och lokala instansers arbete. Särskilt viktigt är att konkreta mål och strategier tas fram vad gäller hälsans lika fördelning i olika befolkningsgrupper.

I flera sammanhang i skrivelsen pekas på vikten av förbättrad information och ökad kunskap inom folkhälsoområdet. Enligt regeringen skall folkhälsovetenskap även fortsättningsvis vara ett prioriterat område. För att kunna finansiera datainsamlingar i större forskningsprojekt är det viktigt att utveckla samverkan mellan olika forskningsfinansiärer.

I skrivelsen framhålls slutligen att Sveriges starka engagemang i hälsofrågor i det internationella samarbetet skall fortsätta. Hög prioritet skall enligt regeringen ges att bevaka och driva folkhälsofrågor inom ramen för EU.

4 Aktörer och roller i folkhälsoarbetet

Innehållet i korthet: Folkhälsoarbetet bedrivs inom många sektorer på lokal, regional och nationell nivå.

På den lokala nivån har kommunernas verksamheter – miljö- och hälsoskydd, planering och byggande, trafik, kultur och fritid, undervisning, socialtjänst och hälso- och sjukvård – stor betydelse för folkhälsan. Landstingen har ett lagreglerat folkhälsoansvar och har genom primärvården och folktandvården en bred lokal kontaktyta. Ett betydelsefullt förebyggande arbete sker genom bl.a. mödra- och barnhälsovården. Undersökningar visar att lokal tvärsektoriell samverkan i hälsoråd mellan kommuner, landsting och andra aktörer blir allt vanligare samt att kommunernas engagemang för folkhälsofrågorna växer.

När det gäller den regionala nivån har nästan alla landsting samhällsmedicinska enheter som arbetar med bl.a. produktion och förmedling av kunskaper om ohälsans omfattning, fördelning och orsaker. Landstingen har under senare år tagit fram hälsopolitiska mål och program som utgör en god grund för förebyggande insatser både i egen regi och i samverkan med andra. Folkhälsofrågorna bedöms i ökande grad som viktiga ur ett regionalt utvecklingsperspektiv. Länsstyrelserna har tillsynsansvar för många verksamheter som har hälsokonsekvenser. Utbildningen i folkhälsovetenskap håller på att byggas ut.

På den nationella nivån har ett stort antal myndigheter uppgifter som är av stor betydelse i ett folkhälsoperspektiv. Det gäller myndigheter som har ansvar för bl.a. tillsyn och forskning med anknytning till arbetsmiljö och arbetsmarknad, boende, miljösektorn, transportsektorn, livsmedelssektorn, utbildningssektorn och den sociala sektorn. Bland myndigheterna finns Folkhälsoinstitutet som har i uppdrag att dels stödja lokalt och regionalt folkhälsoarbete i kommuner, landsting och organisationer, dels främja samarbete på nationell nivå.

De frivilliga organisationerna och nätverken har viktiga roller i folkhälsoarbetet.

4.1 Inledning

Folkhälsopolitiken omfattar av riksdagen och av regionala och lokala politiska församlingar beslutade åtgärder för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Framväxten av folkhälsopolitiken samt mål och principer för politiken har redovisats i kapitel 3. Folkhälsopolitikens åtgärder berör många sektorer, omfattar lokala, regionala och nationella nivåer samt avser både produktion och förmedling av kunskap, direkt åtgärdsarbete och tillsyn.

Folkhälsoarbete används som sammanfattande term för det konkreta arbete som utförs för att uppnå syftet med folkhälsopolitiken. Folkhälsoarbete har organiserats på olika sätt i landet och begreppet är bl.a. därför inte entydigt. Folkhälsoarbete i den mening kommittén använder begreppet avser planerade och systematiska insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. En uttalad avsikt är att påverka faktorer (frisk-, skydds- och riskfaktorer) och förhållanden (samhällsstruktur och miljö) som bidrar till en positiv hälsoutveckling på befolkningsnivå. Insatserna kan vara såväl samhällsinriktade som grupp- och individinriktade.¹

Många sektorer har ansvar för folkhälsofrågor inom sina resp. kompetensområden. Det gäller förutom hälso- och sjukvården sektorer som avser bl.a. arbetsmiljö, fysisk miljö, utbildning, boende, trafik, jordbruk, fritid och kultur, socialförsäkring och socialtjänst. Mellan sektorerna finns varierande typer av samverkan beroende på vilka problem som skall lösas och på vilka nivåer det gäller. På den statliga nivån finns sektorsövergripande samverkan mellan olika myndigheter i konkreta frågor. Därtill finns en återkommande samverkan i en generaldirektörsgrupp för folkhälsofrågor under ordförandeskap av Folkhälsoinstitutet.

Mellan statliga, regionala och lokala nivåer finns samverkan både inom och mellan sektorer. Exempel på samverkan inom sektorer är Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets samverkan med dels landstingen avseende hälso- och sjukvårdens uppgifter och ansvar, dels kommunerna angående uppgifter och ansvar inom socialtjänsten resp. hälso- och miljöskyddsverksamheten. Exempel på sektorsövergripande samverkan mellan olika nivåer är folkhälsoarbete med koppling till

¹ Definitionen tillämpas av Folkhälsoinstitutet i institutets anslagsframställning 1997–1999 till regeringen.

program som gäller sjukdomar och skador, riskfaktorer eller målgrupper. Andra exempel på sådan samverkan är utvecklingen av lokala och regionala handlingsprogram för en bättre hälsa samt utveckling av och arbete i lokala hälsoråd.

I detta kapitel redovisas några huvuddrag beträffande aktörer och roller i folkhälsopolitiken och folkhälsoarbetet. Betoningen ligger på en sektorsvis genomgång av politik och folkhälsoarbete på lokal, regional och nationell nivå. Kapitlet avslutas med ett avsnitt om organisationer och nationella nätverk som har betydelse i folkhälsoarbetet.

Vid beskrivningen av verksamheterna hänvisas ibland till olika författningar. En mer utförlig redovisning av författningar inom folkhälsoområdet lämnas i bilaga 2 till betänkandet.

Kommittén har tagit initiativ till en särskild kartläggning av myndigheters och andra organs folkhälsoarbete. Kartläggningen skall redovisas i ett separat betänkande under år 1998.

4.2 Lokalt folkhälsoarbete

I avsnittet behandlas aktuella förhållanden beträffande kommunernas och landstingens insatser i det lokala folkhälsoarbetet. Vidare beskrivs lokal tvärssektoriell samverkan för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Slutligen redovisas några tendenser beträffande kommunernas och landstingens engagemang med avseende på folkhälsofrågorna.

4.2.1 Många kommunala verksamheter påverkar folkhälsan

Kommunerna har i egenskap av lokala politiska och administrativa organ alltid haft en stor närhet till medborgarna och till de ekonomiska och andra levnadsvillkor som dessa har. Genom ansvar för hälsoskydd och hälsovård med inriktning på bl.a. vatten och avlopp, bekämpande av epidemiska sjukdomar, insatser för bättre bostäder och hygien samt besiktning av livsmedel har kommunerna under lång tid varit en huvudarena för ett primärpreventivt inriktat folkhälsoarbete.

Kommunernas aktuella verksamheter omfattar bl.a. hälso- och miljöskydd, planering- och byggande, kultur och fritid, undervisning, socialtjänst och hälso- och sjukvård. I samtliga nämnder bedrivs verksamheter som har effekter på medborgarnas hälsa. Detta arbete redovisas i ökande grad som folkhälsoarbete, bl.a. som en följd av en allt in-

tensivare diskussion om folkhälsofrågor och om behovet av ett lokalt folkhälsoarbete.

Samlade måldokument med en bred folkhälsoinriktning utvecklas i allt större omfattning i kommunerna. Fortfarande är dock måldokument för skilda sektorer vanligast förekommande. Detta har en historisk förklaring. Kommunallagen (1991:900) som är grunden för kommunernas allmänna kompetens innehåller inga uttalade bestämmelser om att kommunerna har ansvar för folkhälsan. Hälsoaspekter på planering och verksamheter har i stället reglerats i speciallagstiftning. Sådan lagstiftning utgör en bas för merparten av kommunernas verksamheter. Organisationsformer och författningsstöd för de med folkhälsan sammanhängande viktigaste verksamheterna redovisas kortfattat i följande avsnitt.² När det i det sammanhanget talas om vissa nämnder bör det uppmärksammas att kommunallagen numera ger kommunerna frihet att själva bestämma sin nämndorganisation. I praktiken kan därför organisationsformerna variera för verksamheter som har samma lagreglering.

Miljö- och hälsoskydd

Arbetsområdet för kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd har stor bredd och omfattar bl.a. hälsoskydd, miljöskydd, livsmedelskontroll, kemikaliehantering, avfallsfrågor, djurskydd och smittskydd. Arbetet har stöd i hälsoskyddslagen (1982:1080), miljöskyddslagen (1969:387), livsmedelslagen (1971:511) och smittskyddslagen (1988:1472) samt i lagen om kemiska produkter (1985:426). Huvuduppgifterna för nämnden är att inom sina bevakningsområden bedriva tillsyn, att uppmärksamt följa utvecklingen inom kommunen och utarbeta de förslag som behövs, samt att delta i samhällsplaneringen. Nämnden skall i övrigt lämna allmänheten råd och upplysningar samt samarbeta med myndigheter, organisationer och enskilda.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden fungerar många gånger som kommunens interna resurs inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Det är inte ovanligt att personalen anlitas för att genomföra utbildningar och utredningar samt ge råd till övriga förvaltningar.

Fysisk planering

² Redovisningen bygger på bl.a. Svenska kommunförbundet. *Kommunerna och folkhälsan*. Rapport år 1991; Svenska kommunförbundet. *Den goda hälsan och kommunerna – en skrift om ansvar och möjligheter*. Rapport år 1997; Naturvårdsverket. *Agenda 21 i den offentliga sektorn*. Rapport 4679 år 1997. Vidare används författningstexterna till de lagar som redovisas i avsnittet.

Kommunen har enligt plan- och bygglagen (1987:10) ansvar för planläggning av mark och vatten. Vid planläggning skall lagen (1987:12) om hushållning med naturresurser m.m. tillämpas. Planläggningen skall bl.a. främja en ändamålsenlig struktur av bebyggelse, grönområden, kommunikationsleder och andra anläggningar. Även en från social synpunkt god livsmiljö, goda miljöförhållanden i övrigt samt en långsiktigt god hushållning med mark och vatten och med energi och råvaror skall främjas. Bebyggelse skall lokaliseras till mark som är lämpad för ändamålet med hänsyn till bl.a. de boendes och övrigas hälsa.

Nya byggnader skall placeras och utformas så att de inte inverkar negativt på trafiksäkerheten eller på annat sätt medför fara eller olägenheter för omgivningen. Byggnader skall i övrigt uppfylla de krav som anges i lagen (1994:847) om tekniska egenskapskrav på byggnadsverk m.m. i den utsträckning som följer av föreskrifter utfärdade med stöd av samma lag. I lagen anges att byggnadsverk som uppförs eller ändras skall uppfylla väsentliga tekniska egenskapskrav i fråga om bl. a.

- säkerhet i händelse av brand,
- skydd med hänsyn till hygien, hälsa och miljö,
- säkerhet vid användning,
- tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga.

Kommunens byggnadsnämnd har en samordnande roll i den fysiska planeringen. Bland samverkande parter finns andra nämnder, myndigheter, organisationer och enskilda.

Trafiksäkerhet

Kommunerna ansvarar för trafiksäkerheten inom sina resp. geografiska områden. I arbetet ingår att påverka den fysiska miljön så att denna blir säker, men också att stimulera trafiksäkra beteenden. Kommunerna har ett ansvar för väghållningen i tätorter. I arbetet ingår att besluta om regleringar samt åtgärder som gäller utformning och skötsel av vägar. På landsbygden har Vägverket motsvarande ansvar. Arbetet med att förbättra trafiksäkerheten i kommunerna bygger ofta på samverkan. I samarbete med framförallt polis, länsstyrelse, Vägverket, landsting och organisationer som Nationalföreningen för trafiksäkerhetens främjande (NTF) och Hem- och skola-föreningar m.fl. kartläggs incidenter och olyckor samt görs andra insatser. När åtgärder sätts in kan detta snabbt minska både mänskligt lidande och kostnader för det allmänna. Samverkan finns också mellan olika kommunala nämnder. Kommunernas

ansvar för trafiksäkerhetsfrågorna har sin utgångspunkt i bestämmelser i plan- och bygglagen.

Skolans uppgifter och mål

Alla barn och ungdomar skall enligt skollagen (1985:1100) ha lika tillgång till utbildning i det offentliga skolväsendet. Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig varhelst den anordnas i landet. Utbildningen skall ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvars-kännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever med behov av särskilt stöd. Var och en som verkar inom skolan skall främja aktning för varje människas egenvärde och respekt för den gemensamma miljön. Särskilt skall den som verkar inom skolan

- främja jämställdhet mellan könen samt
- aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbing och rasistiska beteenden.

För eleverna i grundskolan, sarskolan, specialskolan och sameskolan skall anordnas skolhälsovård. Skolhälsovård får även ordnas för elever i förskoleklass om sjukvårdshuvudmannen och skolhuvudmannen kommer överens om det. Skolhälsovården har till syfte att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Skolhälsovården skall främst vara förebyggande. Den skall omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. För elever i sarskolan och specialskolan skall i skolhälsovården också ingå särskilda undersökningar som föranleds av deras funktionshinder. För skolhälsovården skall finnas skolläkare och skolsköterska.

Inom skolans område finns en rad frågor som är viktiga ur hälsosynpunkt, t.ex. undervisningens och skolmiljöns utformning, skolmåltiderna, idrottsverksamhetens innehåll och informationen om alkohol, narkotika och tobak samt om sex och samlevnad. Vidare är de direkta relationerna mellan barnen av stor betydelse. Ett bra kamratskap är ett viktigt kännetecken på en hälsofrämjande skola.

Bestämmelser om förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg har genom beslut i riskdagen överförts från socialtjänstlagen (1980:620) till skollagen med ikraftträdande den 1 januari 1998 (prop. 1997/98:6, bet. 1997/98:UbU5, rskr 1997/98:107). Varje kommun svarar för att barn som är bosatta i Sverige och som stadigvarande vistas i kommunen erbjuds förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg. Förskoleverksamheten skall erbjuda barn fostran och omvårdnad.

Skolbarnsomsorgens uppgift är att komplettera skolan och erbjuda barn en meningsfull fritid och stöd i utvecklingen. Den s.k. sexårsverksamheten som bedrivs inom förskolans ram bildar en egen skolform, förskoleklass, inom det offentliga skolväsendet.

Socialtjänsten

Kommunens socialtjänst regleras i socialtjänstlagen. Till socialnämndens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen, genom uppsökande verksamhet främja goda levnadsförhållanden samt svara för omsorg, service, ekonomiskt stöd m.m.

Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och med respekt för deras självbestämmande och integritet. För äldre människor med behov av särskilt stöd skall nämnden inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Socialnämnden skall verka för att funktionshindrade människor som möter stora svårigheter i sin livsföring, får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Nämnden skall vidare medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat till behovet av särskilt stöd. Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver sådant boende.

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom skall ägnas särskild uppmärksamhet. Nämnden skall vidare verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden. Nämnden skall i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd de behöver.

Tillståndsgivning inom alkoholområdet

Alkohollagen (1994:1738) trädde i kraft år 1995. Ett nytt system för tillståndsgivning och tillsyn inom alkoholområdet infördes därmed. Samtidigt bildades en ny myndighet, Alkoholinspektionen.

Hanteringen av serveringstillstånd för restauranger fördes över från länsstyrelserna till kommunerna. Kommunerna gavs även huvudansvaret för den direkta tillsynen över efterlevnaden av lagens bestäm-

melser om servering av spritdrycker, vin och starköl samt gavs rätten att besluta om återkallelse av tillstånd, varningar m.m.

Det främsta motivet för den nya ordningen har varit att kommunerna har den bästa lokalkännedomen och att en överflyttning av tillståndsgivningen ligger i linje med allmänna decentraliseringssträvanden.

Kommunal hälso- och sjukvård

Varje kommun skall enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre människor resp. dem som bor i bostad med särskild service till följd av fysiska, psykiska eller andra betydande svårigheter i livsföringen. Varje kommun skall vidare i samband med dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet under förutsättning att kommunen och landstinget överenskommit om detta. Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård, och skall samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Kultur och fritid

De flesta kommuner har en ansvarig nämnd för kultur- och fritidsfrågor. Verksamheterna är inte lagreglerade utan utgör ett frivilligt åtagande. I nämndens ansvar ingår t.ex. kommunal musikskola, bildskola, konsthall, teaterverksamhet, bibliotek och stöd till folkbildningsarbete samt idrottshallar, idrottsplatser, ishall, ridhus, turistbyrå och vandrarhem. Kännetecknande för verksamheterna är att de är aktiverande och ger möjlighet till upplevelser, information, kunskap och samvaro. Mycket som ingår är viktigt ur ett hälsoperspektiv.

Agenda 21 – tvärsektorielt miljö- och hälsoarbete

Agenda 21 är ett handlingsprogram som antogs vid FN:s konferens i Rio de Janeiro år 1992. Programmet syftar till att uppnå en hållbar utveckling genom att undanröja hot mot miljön, utrota fattigdomen, skydda och främja människors hälsa m.m. Programmet är politiskt och moraliskt förpliktigande och skall genomföras av resp. land.

Samtliga kommuner i landet är engagerade i Agenda 21-arbete. Ledningen av det kommunala Agenda 21-arbetet sköts ofta av en led-

nings- och styrgrupp med anknytning till kommunstyrelsen. I regel finns också en ansvarig Agenda 21-samordnare placerad direkt under kommunstyrelsen eller dess arbetsutskott. Kommunernas Agenda 21-arbete följs av resp. länsstyrelse som också sammanställer material om insatserna. Kommunernas arbete har hittills framför allt ägnats åt arbete internt med utbildning av den egna personalen och utveckling av miljöredovisningar, miljöpolicy och miljöstyrningssystem. De flesta kommuner förutsattes bli klara med program om Agenda-frågorna under år 1997. Enligt en enkät som Svenska kommunförbundet genomförde hösten 1997 var 19 procent av kommunerna klara med sina Agenda 21-dokument och 74 procent höll på att färdigställa sina program.

Agenda 21-arbetet har varit framgångsrikt ur ett ekologiskt perspektiv men hälsodimensionen behöver utvecklas. Det är av det skälet viktigt att Agenda 21-arbetet och folkhälsoarbetet integreras.

4.2.2 Landstingen har ett lagreglerat folkhälsoansvar

Landstingen är direktvalda regionala organ med ansvar för hälso- och sjukvård, rådgivning och annat personligt stöd till vissa funktionshindrade personer, tandvård, vårdhögskoleutbildning i viss omfattning och i många fall kollektivtrafik. Landstingen arbetar också med kultur- och miljöfrågor samt andra regionala utvecklingsfrågor. Redovisningen i detta avsnitt är koncentrerad till landstingens förebyggande lokala arbete genom primärvården och folktandvården. I ett senare avsnitt om regionalt folkhälsoarbete redovisas landstingens samhällsmedicinska insatser resp. folkhälsoaspekter på landstingens övriga regionala verksamheter.

Uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen

Med hälso- och sjukvård menas enligt hälso- och sjukvårdslagen att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Medicinskt förebyggande insatser är enligt förarbetena till lagen (prop. 1981/82:97) miljö- resp. individinriktade. Till miljöinriktade insatser hör bl.a. insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet. Individinriktade insatser avser bl.a. all verksamhet som har till syfte att uppspåra hälsoproblem av skilda slag. Som exempel nämns allmänna och

riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall enligt lagen bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen samt att vården skall vara lätt tillgänglig. I hälso- och sjukvårdens arbete för att förebygga ohälsa ingår att ge upplysningar till den som vänder sig till hälso- och sjukvården om metoder för att förebygga sjukdom och skada.

Landstingen har ett lagreglerat folkhälsoansvar. Varje landsting skall enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget skall även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som sägs i lagen om landsting gäller också kommuner som inte ingår i landsting. Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

Landstingen och kommunerna skall enligt hälso- och sjukvårdslagen medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor i den utsträckning som behövs.

Förebyggande verksamhet i primärvården

Primärvård betecknades före den 1 januari 1996 som landstingens öppna vårdverksamhet utanför sjukhusen. Därefter är primärvård liktydigt med en vårdnivå för verksamheter som kan vara såväl offentliga som privata. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97) framhölls att primärvården bör ha ett huvudansvar för befolkningens hälsa inom ett geografiskt område. Primärvårdens roll i det förebyggande arbetet tydliggjordes genom riksdagsbeslut år 1985 med anled-

ning av prop. 1984/85:181. I propositionen betonades att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet och ha ett övergripande ansvar för det lokala hälsovårdsarbetet. Verksamheten skall enligt propositionen utgå från såväl ett befolknings- som ett individperspektiv och innefatta lokala hälsobeskrivningar som grund för landstingens behovsbaserade planering, medverkan i samhällsplaneringen, uppsökande verksamhet bland s.k. svaga grupper, ansvar för hälsouppläsning på lokal nivå, hälsokontroller samt hälsovård till mödrar och barn. Propositionen hade bl.a. HS90-utredningen och Cancerkommitténs arbeten som underlag. När det gäller betoningen av en aktiv förebyggande roll för primärvården har även WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa – som antogs av Sverige och övriga medlemsländer år 1984 – haft betydelse.

Landstingsförbundet redovisade år 1993 en analys av primärvården och dess framtida roll i rapporten "Framtidens primärvård". I rapporten konstateras att det förebyggande arbetet har utvecklats inom alla nivåer av hälso- och sjukvården men framförallt på primärvårdsnivå. Förbundet anknyter i rapporten till HS90-utredningen och prop. 1984/85:181. Primärvård anges som den basala nivån i hälso- och sjukvården. Primärvården bör enligt rapporten ha följande uppgifter när det gäller att förebygga sjukdom och främja hälsa:

- Kartlägga hälsoproblem och identifiera hälsorisker, riskgrupper och hälsofrämjande faktorer.
- Förmedla kunskap om hälsoläget, hälsorisker, riskgrupper och hälsofrämjande faktorer.
- Initiera och genomföra förebyggande åtgärder internt och externt.
- Delta i samhällsplaneringen.
- Dokumentera och utvärdera folkhälsoinsatser inom det egna ansvarsområdet.

Beträffande uppgiften att kartlägga hälsoproblem, m.m., anges att primärvården har breda kontaktytor med befolkningen på områdesnivå och därför god möjlighet att identifiera hälsorisker och riskgrupper. Kunskapen om detta förutsätts registreras och förmedlas för sammanställning till den samhällsmedicinska enheten på landstingsnivå. Förmedling av kunskaper om hälsorisker, m.m., skall enligt rapporten ske direkt till enskilda patienter, till befolkningen som helhet, till lokala politiska organ och till andra sektorer såsom kommuner och statliga länsorgan.

Uppgiften att initiera och genomföra förebyggande åtgärder beskrivs i rapporten som ett internt resp. ett externt arbete. Till det interna arbetet räknas barn- och mödrahälsovården. Barnhälsovården når mer-

parten av alla förskolebarn och har ett tydligt visat värde genom de allmänna och riktade vaccinationer som ges, inriktningen på att minska barnolycksfall samt hälsokontroller för att upptäcka allvarliga och behandlingskrävande sjukdomar. Även mödrahälsovården, inkl. arbetet med att förebygga aborter och sexuellt överförbara sjukdomar, har enligt rapporten visat sitt värde.

Till externa uppgifter räknas befolkningsinriktat förebyggande arbete där landstinget tar initiativ till åtgärder mot bakgrund av sin kunskap om hälsoproblem och där projekt genomförs under medverkan av andra aktörer som t.ex. kommuner och organisationer. Uppgiften att delta i samhällsplaneringen handlar om att tillföra väsentliga synpunkter beträffande bl.a. planering av skolor, bostäder och trafikmiljöer. Att dokumentera och utvärdera folkhälsoinsatser inom det egna ansvarsområdet måste enligt rapporten ägnas mer kraft framöver. Här finns metodproblem på grund av att insatserna är långsiktiga till sin karaktär. Utvärdering är enligt rapporten knappast en uppgift för primärvården utan bör göras centralt i landstingen. Resultatet skall dock återföras till den lokala nivån.

I direktiv till det s.k. folkhälsoprogrammet som antogs av Landstingsförbundets styrelse i mars 1995, och som Svenska kommunförbundet senare har anslutit sig till, anges att landstingens uppgifter när det gäller att förebygga sjukdom och främja hälsa sammanfattas av de nämnda fem punkterna. Syftet med programarbetet – som gäller folkhälsofrågorna i stort och inte enbart primärvårdens roll – är att ge folkhälsofrågorna en ökad tyngd i den politiska debatten och att stödja landstingen i deras folkhälsoarbete och stimulera till ökat tvärasektoriellt samarbete. Till programgruppens uppgifter hör bl.a. att tydliggöra dagens stora folkhälsoproblem och hot mot en positiv hälsoutveckling, diskutera lämpliga angreppssätt och strategier för olika problem, tydliggöra ansvarsgränserna för olika aktörer och att lyfta fram väl fungerande samverkansprojekt. Programgruppen avses avsluta sitt arbete under år 1998.

I prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare, m.m., framhålls att primärvården har en viktig preventiv roll genom att ta upp medicinska riskfaktorer som exempelvis högt blodtryck, rökning och olämpliga matvanor direkt med patienterna och genom att medverka i hälsoinformation och vidta andra åtgärder som riktar sig till hela befolkningsgrupper och särskilt de grupper som löper stor risk för ohälsa. Vidare anförs att det i första hand är genom nära, kontinuerliga och personliga kontakter med primärvårdens personal och genom folkrörelsers och organisationers aktiviteter och engagemang som människor kan lyckas att bryta ohälsosamma levnadsvanor. Hälsoinformation och kampanjer kan inte enligt propositionen ersätta sådan basverksamhet.

Förebyggande verksamhet i folktandvården

Tandvårdslagen (1985:125) gäller i princip all tandvård, både landstingens och de privata vårdgivarnas verksamhet. Med tandvård avses enligt tandvårdslagen åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på god tandvård. Det innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder.

Det framhålls i propositionen med förslag till tandvårdslag (prop. 1984/85:79) att det har uppnåtts mycket goda resultat med förebyggande åtgärder för barn och ungdom. Detta har uppnåtts bl.a. som en följd av att vården har varit systematisk och regelbundet återkommande. Samma förutsättningar anses inte ha gällt för den vuxna befolkningen.

I tandvårdslagen finns ett avsnitt om landstingens tandvård. Det anges bl.a. att varje landsting skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god tandhälsa hos hela befolkningen. Angående denna bestämmelse framhålls i propositionen om tandvårdslagen att landstingens ansvar för samhällsinriktade förebyggande insatser bör omfatta insatser för att kartlägga hur faktorer i den yttre miljön och levnadsvillkoren påverkar befolkningens tandhälsa. I ett förebyggande perspektiv kan det också vara viktigt att konstatera att landstingen genom folktandvården själva skall svara för avgiftsfri, regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år. För vuxna skall folktandvården svara för dels specialistvård, dels övrig tandvård i den omfattning som landstinget bedömer lämpligt. Vuxentandvård är avgiftsbelagd.

4.2.3 Samverkan blir allt viktigare

Som redan har påpekats framhöll regeringen i prop. 1990/91:175 om vissa folkhälsofrågor att folkhälsoarbetet under de kommande åren i ökad utsträckning skall bygga på lokalt deltagande och engagemang, framtagning, sammanställning och spridning av kunskap samt samarbete över sektorsgränserna. Betoningen av den lokala nivån som bas för folkhälsoarbetet har enligt propositionen successivt växt fram ur bl.a. erfarenheter av förändrings- och utvecklingsarbete på lokal, regional och nationell nivå samt ur den folkhälsovetenskapliga forskningen.

Viktiga faktorer i utvecklingsprocessen

Utvecklingen under 1990-talet av det lokala folkhälsoarbetet har stötts aktivt av landstingen. Särskilda hälsoplanerare och hälsosamordnare har anställts av landstingen. Utvecklingen har också inneburit en idé-mässig förändring som skapat förutsättningar för kommunerna att bli en allt viktigare motor i ett samordnat folkhälsoarbete.³ Ett nytt steg mot utveckling av ett lokalt folkhälsoarbete togs år 1990 då Sundsvalls kommun genom projektet Sunda Sundsvall inbjöd kommuner, landsting, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen till diskussion om hur man bäst skulle stödja lokala hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Ett år senare var Sundsvalls kommun värd för den tredje världshälsokonferensen med deltagande representanter från 120 länder. Parallellt med denna konferens genomfördes en nationell konferens där flera svenska projekt diskuterades och där deltagarna antog en nationell folkhälsodeklaration. Båda konferenserna har det gemensamt att de ställde dels det praktiska och lokala folkhälsoarbetet i fokus, dels underströk kopplingen mellan hälsofrågor och miljöfrågor. Sundsvallskonferensen blev en injektion för ett ökat kommunalt engagemang i folkhälsoarbetet. Formerna för utvecklingen av det lokala folkhälsoarbetet och samarbetet mellan bl.a. landsting och kommuner växte fram successivt i samband med uppföljningsseminarier under de kommande åren.

År 1994 konstituerades Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete. Följande kriterier antogs för deltagande i nätverket:

- deltagande i nätverket skall vara politiskt förankrat
- medlemmarna skall aktivt bidra till nätverkets arbete
- arbetet skall bedrivas tvärsektorielt
- de lokala insatserna skall dokumenteras och följas regelbundet
- åtagandet skall vara långsiktigt

Vidare utsågs en arbetsgrupp och det bestämdes att Svenska kommunförbundet skulle svara för nätverkets kanslifunktion. För stöd till det lokala folkhälsoarbetet i form av erfarenhetsutbyte, informationsspridning och metodutveckling m.m. bildades en samrådsgrupp med företrädare för Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen.

³ Avsnittet bygger på Dahlgren G. *Samhällets hälsopolitik 1994–2004*. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, 1995. Vidare används material från dels Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, dels Svensk förening för folkhälsoarbete.

Syftet med nätverket är att utveckla det lokala folkhälsoarbetet genom att initiera, stimulera och stödja medlemmarna i pågående eller planerat folkhälsoarbete.

För utvecklingen av det lokala folkhälsoarbetet har även Svensk förening för folkhälsoarbete haft betydelse. Föreningen bildades år 1995 genom sammanslagning av två föreningar med anknytning till folkhälsoarbete inom hälso- och sjukvården.

Hälsoråd etableras och folkhälsoprogram blir vanligare

Utvecklingen av det lokala folkhälsoarbetet har granskats i två undersökningar. Den ena är utgiven av Folkhälsoinstitutet år 1996 och belyser kommunernas folkhälsoarbete. Den andra gäller samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting och är utgiven år 1996 av Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets folkhälsoprogram. Den förra skriften redovisas i detta avsnitt och den senare i nästa.

Kartläggningen av kommunernas folkhälsoarbete gjordes hösten 1995 i samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och Svenska kommunförbundet genom en enkät till samtliga kommuner.⁴ Svarefrekvensen var 86 procent, dvs. 248 kommuner svarade.

Mer än hälften av kommunerna, 148 stycken (60 procent), uppger att de har någon form av tvärsektoriella hälsoråd. 35 kommuner planerar att bilda sådana råd under 1995/96. Benämningarna på råden varierar; 55 stycken kallas hälsoråd, medan 36 benämns folkhälsoråd och 14 stycken samverkansgrupp.

Hälsoråden fungerar vanligen som rådgivare och lyder oftast under kommunstyrelsen. Drygt 80 har dock mer än en roll och ca 30 stycken lyder under fler än en instans. När råden är knutna till en kommunal nämnd gäller detta oftast kultur- och fritidsnämnden, socialnämnden eller miljö- och hälsoskyddsnämnden. Närmare uppgifter om roller och anknytning framgår av tabell 4.1.

Mest representerade i hälsoråden är politiker och tjänstemän från kommunala nämnder/förvaltningar samt tjänstemän från landsting och primärvård. Även representanter från försäkringskassan är väl företrädade i råden. Bland frivilligorganisationerna är idrotts- och gymnastikföreningarna oftast representerade. 5 procent av hälsoråden består enbart av politiker och 28 procent av enbart tjänstemän. Närmare uppgifter om hälsorådets sammansättning redovisas i tabell 4.2.

⁴ Folkhälsoinstitutet. *Kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete. Rapport 1996:88.*

Tabell 4.1. Hälsorådens roller och förvaltningsanknytning

	Beslutande	Rådgivande	Verkställande	Annan	Ej svar
Antal råd	76	25	48	29	6
Andel råd	51 %	17 %	32 %	20 %	4 %
	Kommun- styrelsen	Kommunal nämnd	Landsting	Annat	Ej svar
Antal råd	76	25	48	29	6
Andel råd	51 %	17 %	32 %	20 %	4 %

Källa: Folkhälsoinstitutet, rapport 1996:88

Uppgifter i övrigt om hälsoråden är att få av dessa har eget kansli (18 procent) medan dubbelt så många (36 procent) har en egen budget.

Tabell 4.2. Hälsorådens sammansättning – samtliga huvudmän och företrädare

Ingår i hälsoråden	Antal råd	Andel råd
Politiker från kommunstyrelsen	90	61 %
Politiker från nämnd/förvaltning	60	40 %
Tjänstemän från nämnd/förvaltning	131	89 %
Politiker från landsting	50	34 %
Tjänstemän från landsting	111	75 %
Andra representanter:		
Primärvården	104	70 %
Försäkringskassan	89	60 %
Skolan	68	46 %
Arbetsförmedlingen	57	38 %
Frivilligorganisationer	30	20 %
Övriga:		
Företagshälsovård	28	19 %
Polis	15	10 %
Företag/näringsliv	14	9 %
Kyrkan	13	9 %
Apotek	13	9 %
Friskvård	6	4 %
Övriga	16	11 %

Källa: Folkhälsoinstitutet, rapport 1996:88

I 163 kommuner (66 procent) är en eller flera s.k. hälsosamordnare verksamma med särskilda uppgifter att stimulera folkhälsoarbetet. Hälsosamordnarna är oftast anställda av landstinget trots att deras arbete utförs i kommunen. En fjärdedel av kommunerna (25 procent) uppger att de har en övergripande handlingsplan för folkhälsoarbetet och sju procent att de håller på att ta fram en plan. 71 procent av de som har en plan har den gemensamt med landstinget.

Hälften av kommunerna har skrivna handlingsplaner för några av de folkhälsofrågor som de arbetar med. Planer för delverksamheter är alltså dubbelt så vanligt som att det finns övergripande handlingsplaner för hela folkhälsoområdet. Vanligast är att man har handlingsplaner för droger, alkohol och allergi. Detaljerade uppgifter över kommunernas folkhälsoområden redovisas i tabell 4.3.

Samarbetsgrupper för särskilda folkhälsofrågor är vanligt. Vanligast är att kommunerna har en Agenda 21-grupp. Tydligt är dock att inte alla definierar Agenda 21 som en folkhälsofråga.

Tabell 4.3. De vanligaste folkhälsoområdena

Folkhälsoområden	Antal
Allergi	94
Droger	75
Miljö/Agenda 21	71
Tobak	64
Skador	59
Alkohol	57
Kost	38
Barn	28
Speciella sjukdomar	28
Ungdomar	26

Källa: Folkhälsoinstitutet, rapport 1996:88

Särskilda insatser för ökad jämlikhet i hälsa har planerats eller genomförts av 61 kommuner (ca 25 procent). De vanligaste målgrupperna är härvid kvinnor, invandrare och boende i vissa bostadsområden.

Samverkan mellan landsting och kommuner

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet gjorde en undersökning år 1996 om samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och

landsting.⁵ En enkät skickades ut till samtliga landsting och till 100 representativt utvalda kommuner. Förbundens sammanfattning av resultaten är följande:

- En stor majoritet av både landsting och kommuner är positiva till ett samarbete i folkhälsofrågor, varav flera är mycket positiva.
- Stora förhoppningar knyts till folkhälsoråden när framtidsplaner diskuteras. Kommunerna ser möjligheter att utnyttja landstingens kunskaper vid ett samarbete. Landstingen ser möjligheter till bättre resultat.
- Landstingen anser att huvuddelen av folkhälsoarbetet bör bedrivas utanför hälso- och sjukvården. De anser att kommunerna skall ta ett större ansvar för folkhälsan än vad de gör i dag. Landstingen ser sig gärna som kunskapspridare i folkhälsofrågor och kommunerna som verkställare.
- Kommunerna har inget emot att arbeta som verkställare. Det är den inriktningen de har på sitt arbete i dag.
- Det finns en svagare tradition hos kommunerna att bedriva kartläggningsarbete. Här har landsting och kommuner svårt att mötas. Kommunerna anser att landstingens folkhälsoarbete tenderar att bli väl teoretiskt.
- För att få ett bra folkhälsoarbete bör både kommuner och landsting vara uppdragsgivare, då bägge har fler bra enheter och förvaltningar där man kan bedriva folkhälsoarbete.
- Kommunerna känner en osäkerhet inför hur man skall arbeta med folkhälsa. Osäkerhet och ovana bidrar förmodligen till att arbetet lätt kan bortprioriteras i besparingstider.
- Landstingen har lättare för, eller är bättre på, att definiera sitt folkhälsoarbete. De samarbetar med varandra i högre grad än vad kommunerna gör.
- Både landsting och kommuner poängterar vikten av att ha politiker med i folkhälsoarbetet.

4.2.4 Kommunernas intresse ökar

I Folkhälsoinstitutets nämnda kartläggning av folkhälsoarbetet i kommunerna uppger de flesta kommunerna, 83 procent, att de tror att de kommunala folkhälsofrågorna kommer att få ökad betydelse under de närmaste åren. Folkhälsofrågor som kommunerna avser att prioritera

⁵ Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet. *Samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting*. Folkhälsoprogrammet. Rapport år 1996.

inför år 2000 överensstämmer i stort med de frågor som kommunerna arbetar med redan i dag, dvs. droger, allergi, miljö och Agenda 21, tobak och alkohol etc. En skillnad är att man avser att prioritera arbetslöshetsfrågan i högre grad. Svarande från miljö- och hälsoskyddsområdet anger i större utsträckning än hälsosamordnarna att kommunen tänker prioritera miljö- och allergifrågor. Hälsosamordnarna anger i sin tur oftare att kommunen tänker prioritera frågor som gäller tobak, alkohol och narkotika.

I en nyligen publicerad skrift av Svenska kommunförbundet, *Den goda hälsan och kommunerna – en skrift om ansvar och möjligheter*, anger förbundet att hälsopolitik är en väsentlig del av välfärdspolitiken och att kommunerna är de viktigaste aktörerna i den lokala välfärdspolitiken. Hälsifrågorna, liksom miljö- och sysselsättningsfrågorna, bör enligt förbundet vara en del i all kommunal verksamhet och i kommunernas strategiska utveckling. Frågor som är viktiga är t.ex. att stimulera en rimlig fördelning av resurser mellan olika kommundelar, att stödja väntjänst mellan äldre, att vara mån om en allsidigt sammansatt kost i skolan och omsorgen, att förebygga skador och att arbeta med drogförebyggande insatser. I skriften markeras att miljö och hälsa är två sidor av samma mynt och att Agenda 21-arbetet bör gå hand i hand med arbetet för en hälsoinriktad kommunalpolitik. Arbetet bör enligt Svenska kommunförbundet bygga på att

- kommunledningen anger tydliga mål och strategier,
- alla berörda aktörer i lokalsamhället engageras,
- medborgarna mobiliseras,
- arbetet skall ske i de miljöer där människor befinner sig
- resultat följs upp och redovisas öppet.

I skriften uppger Svenska kommunförbundet att folkhälsoarbetet även fortsättningsvis bör ske tillsammans med landstinget som dels har medicinsk kompetens, dels har statistik som kommunerna behöver.

Vikten av samverkan för att uppnå ett gott folkhälsoarbete framhålls också i material från Landstingsförbundet.

4.3 Regionalt folkhälsoarbete

I avsnittet redogörs för landstingens samhällsmedicinska funktioner samt landstingens övergripande hälsoplanering resp. utvecklingsplanering. Vidare berörs länsstyrelsernas funktion med avseende på folkhälsofrågor samt folkhälsovetenskaplig utbildning. Även de allmänna försäkringskassorna har en tydlig anknytning till folkhälsoområdet. Kas-

sornas verksamhet redovisas tillsammans med uppgifter om Riksför-säkringsverket i avsnitt 4.4.

4.3.1 Landstingens samhällsmedicinska verksamhet

Statsmakterna har allt sedan tillkomsten av hälso- och sjukvårdslagen betonat landstingens strategiska roll inom folkhälsoområdet. Samhällsmedicinskt kunskapsunderlag har uppmärksammat särskilt. Här redovisas underlag ur några centrala propositioner med avseende på dessa frågor.

I proposition 1979/80:6 om Socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m., som bl.a. behandlade frågan om länsläkarorganisationens avveckling, utgick föredragande statsrådet från att landstingen skulle svara för vissa uppgifter inom epidemiologi, miljömedicin och smittskydd. Länsläkarorganisationen avvecklades år 1981 och landstingen övertog, enligt överenskommelse mellan Landstingsförbundet och staten, delar av den medicinska expertis som länsläkarorganisationen tidigare hade svarat för.

I proposition 1984/85:181, *Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården*, m.m., betonades betydelsen av en samlad folkhälsopolitik. Beträffande landstingens ansvar framhölls bl.a. följande:

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

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

Allt detta arbete kräver kompetens inom miljömedicin, socialmedicin, samhälls- och beteendevetenskap, ekonomi samt epidemiologisk metodik ... benämner jag detta tvärvetenskapliga kunskapsområde samhällsmedicin.⁶

I proposition 1990/91:175 om vissa folkhälsofrågor, framhölls att folkhälsoarbetet måste bygga på lokalt engagemang, kunskap och samarbete över sektorsgränser. Vidare anfördes att "ökad jämlikhet skall vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet. Därav följer att insatser som medför att de sämst ställdas situation kan förbättras bör

⁶ Reg. prop. 1984/85:181. *Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården*, m.m., sid. 51–52.

komma i första hand."⁷ I propositionen sades också att hälso- och sjukvården har en strategisk betydelse för ett effektivt folkhälsoarbete. Landstingens särskilda kompetens betonades:

Genom ansvaret för hälso- och sjukvården har landstingen byggt upp särskilda kunskaper och kompetens kring ohälsans omfattning, fördelning och orsaker. Dessa kunskaper borde i högre grad än för närvarande också användas i andra samhällssektors förebyggande arbete.⁸

Utvärdering av den samhällsmedicinska verksamheten och folkhälsoarbetet

I en rapport 1996:6 med titeln Samhällsmedicin och folkhälsoarbete i landstingen 1995 redovisar Socialstyrelsen förhållandena beträffande samhällsmedicin och folkhälsoarbete i samtliga landsting och kommuner som inte ingår i landsting fram till april 1995.

I rapporten anges att nästan alla landsting och kommuner som inte ingår i landsting har samhällsmedicinska enheter eller motsvarande. Det finns en tendens till att samhällsmedicinsk kompetens knyts närmare den centrala landstingsledningen. Detta återspeglar enligt Socialstyrelsen en utvidgning av verksamhetsområdet till ett vidare perspektiv på folkhälsofrågorna än dem som enbart berör hälso- och sjukvården.

FoU-verksamhet och samarbete med universitet och högskolor är omfattande. Egna FoU-enheter finns i ett 20-tal landsting och nästan alla landsting uppger att samarbete finns med universitet och högskolor. Forskningsanknytning och samarbete gäller t.ex. folkhälso rapporter, speciella studier, utvärderingar och utbildningar.

En majoritet av landstingen lägger ned ett stort arbete på befolkningsenkäter och folkhälso rapportering. Periodiciteten, omfattningen och karaktären hos folkhälso rapporterna är varierande.

Socialstyrelsen konstaterade i en tidigare rapport 1994:6 om landstingens folkhälsoansvar under åren 1990–1993 att inga landsting hade strategier för att utjämna ojämlikhet i hälsa mellan olika sociala grupper. Enligt den senare rapporten uppger mer än hälften av landstingen att jämlikhetsstrategier finns. Strategierna handlar enligt Socialstyrelsen emellertid mer om kartläggningar av ojämlikhet än om åtgärder för att komma till rätta med skillnaderna.

⁷ Reg. prop. 1990/91:175. *Om vissa folkhälsofrågor.*, sid. 1.

⁸ A.a., sid. 66.

Nästan alla landsting har särskilda handlingsprogram och folkhälsomål för att minska riskfaktorer och särskilda sjukdomar i resp. landstingsområde. Programmen och målen har ofta enligt Socialstyrelsen en traditionell inriktning i fråga om områden, dvs. de berör olycksfall och skador, alkohol och droger, hjärt- och kärlsjukdom, sex och samlevnad, etc. Landstingen har redovisat ett 150-tal folkhälsoprojekt av övergripande karaktär där flerparten bedrivs inom områdena olycksfall och skador, hjärt- och kärlsjukdom samt tobak och alkohol.

Övergripande kvalitetsmål för det förebyggande folkhälsoarbetet finns endast hos ett fåtal landsting, men intresset för kvalitetssäkring ökar.

När det gäller budget och finansiering tycks folkhälsoarbetets resurser ha värnats i hög utsträckning trots en allt snävare total hälso- och sjukvårdsbudget. Orsaken antas vara dels en tydlig politisk vilja att stödja folkhälsoarbetet, dels att arbetet kräver en minsta s.k. kritisk massa av personer för att fungera.

Sammansättningen av personal och kompetens varierar mycket vid de samhällsmedicinska enheterna. Skälet är bl.a. att folkhälsoarbetets inriktning och organisation är olika i olika landsting. Den samhällsmedicinska enhetens uppgift är i flertalet landsting att vara kunskapskälla, metodutvecklare, utbildare och informationsenhet både internt och externt. Vidare skall en sådan enhet initiera, stödja och stimulera folkhälsoarbetet på lokal nivå. För dessa uppgifter har endast få landsting den ideala tillgången till kompetens. En sådan täcker enligt Socialstyrelsen in social-, allmän-, miljö- och yrkesmedicin, epidemiologi, statistik, hälsoekonomi, hälsoplanering och beteendevetenskap.

4.3.2 Landstingens hälso- och utvecklingsplanering

I avsnittet redogörs för landstingens arbete under senare år med utveckling av folkhälsoprogram och primärpreventiva insatser. Vidare redogörs för landstingens övriga verksamheter och regionala utvecklingsroll.

Betydelsefulla hälsopolitiska program har utvecklats

Landstingen har under senare år i flertalet fall tagit fram hälsopolitiska mål och program som utgör en god grund för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete både i egen regi och i samverkan med kommuner och organisationer. Här ges några exempel.

Östergötlands läns landsting antog år 1995 ett hälsopolitiskt handlingsprogram som bl.a. betonar insatser för att minska skador, rökning, alkoholberoende och sjukdomar i rörelseorganen. I programmet anges hur landstinget skall bli ett hälsolandsting och hur regionsjukhuset skall utvecklas till ett s.k. hälsofrämjande sjukhus enligt de kriterier som WHO har utarbetat.

Örebro läns landsting har en organisation med regionala hälsoplanerare som arbetar aktivt med att stödja kommunernas lokala hälsoplanerare. Landstinget har startat ett programarbete för att göra länet till ett folkhälsolän. Arbetet är organisationsöverskridande och inriktat på att utveckla folkhälsoarbetet i länet genom en process där visionära resp. mätbara mål tas fram och där detaljerade program för olika sakområden utvecklas.

Landstinget i Uppsala län betonar i sitt hälsopolitiska program från år 1995 betydelsen av att utveckla metoder för hälsokonsekvensanalyser av politiska beslut och åtgärder med inriktning på bl.a. tobak, kost och fysisk aktivitet. Syftet med insatserna inom dessa områden är att förebygga bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar.

Landstinget i Västerbotten har bedrivit hjärt- och kärlförebyggande arbete sedan mitten av 1980-talet med utgångspunkt från primärvården och med alla länets kommuner involverade. Utvärdering av arbetet har genomförts med avseende på i huvudsak en av kommunerna (Norsjö) och har presenterats i hittills fyra doktorsavhandlingar. I den senaste avhandlingen visas att den beräknade risken för att dö i hjärtinfarkt har minskat bland korttidsutbildade personer under den tioårsperiod som studerats. Landstingets profil i folkhälsoarbetet har en stark forskningsanknytning och betoning på metoder som kan utvärderas. Ett programarbete pågår som bygger på vunna erfarenheter.

Landstinget i Västernorrland har ett särskilt folkhälsolandstingsråd och har primärvårdsanställda hälsoplanerare som aktivt medverkar i det lokala folkhälsoarbetet. Landstinget och kommunerna i länet betonar vikten av stödjande miljöer för hälsa. Denna inriktning har uppmärksamats både i Sverige och internationellt efter genomförandet av världskonferensen om hälsa och miljö i Sundsvall år 1991. I det aktuella hälsopolitiska programmet anger landstinget bl.a. folkhälsovetenskaplig kompetens som en strategisk faktor för att föra folkhälsoarbetet framåt.

Även *Stockholms läns landsting* har ett folkhälsolandstingsråd. Det förebyggande arbetet är i länet decentraliserat till områdesbaserade folkhälsoenheter och folkhälsogrupper. Verksamheten bedrivs bl.a. i form av särskilda hälsoprogram, t.ex. mot HIV/AIDS, diabetes, psykisk ohälsa samt med inriktning på tobaks- och cancerprevention.

Gävleborgs läns landsting har en strategi kallad Folkhälsa 2000. Det övergripande målet är jämlikhet i hälsa. Bl.a. prioriteras insatser för att förbättra hälsans villkor bland barn och ungdom, minska användning av tobak och missbruk av alkohol, förebygga HIV/STD, självmord och olycksfall samt främja sådana matvanor som är hälsosamma.

Landstinget Skaraborg har en långsiktig folkhälsostrategi som har uppmärksammats såväl nationellt som internationellt, särskilt när det gäller skadeförebyggande arbete. Folkhälsoarbetet drivs med utgångspunkt från en gemensam organisation, Folkhälsocentrum, som är underställd landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd. Landstinget har också gått i bräschen för ett politiskt styrt primärvårdsarbete och har medverkat i utvecklingen av ett samarbete kring folkhälsofrågorna i landstingsområdets alla kommuner.

Regionförbundet Skåne och delegerade som förbereder det nya Skånelandstingets etablering år 1999 anger i sitt utvecklingsprogram att insatser för folkhälsan skall ses som en regional utvecklingsfråga och inte enbart som en fråga för hälso- och sjukvårdssektorn. För att minska sociala skillnader i ohälsa betonas att det är viktigt att stärka och stödja individer och familjer, skapa lokala miljöer för en god hälsoutveckling och förbättra utsatta gruppers tillgång till samhällelig service.

Kommunalförbundet Västra Götaland och delegerade som förbereder det nya landstingets etablering i Västra Götalands län år 1999 har inrättat ett politiskt folkhälsoutsnitt och flera kompetensgrupper där de senare samordnas av en folkhälsodirektör. Arbetet i grupperna är inriktat på bl.a. ohälsoeffekter av arbetslöshet, hälsopolitiska jämlikhetsstrategier, förebyggande av skador samt insatser bland barn och ungdom.

Utvecklingen av nämnda program innebär att viktiga primärpreventiva insatser har definierats. Sakområdena gäller förebyggande insatser med avseende på sexuellt överförbara sjukdomar som t.ex. HIV/AIDS, skador inkl. misshandel av barn och kvinnor och andra våldsberoende skador, självmord, allergier, diabetes, alkoholmissbruk, narkotika, rökning, kost och motionsvanor, etc. Vidare innefattas i utvecklingsprocessen av programmen att formerna för hälso- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbetet har utvecklats. Politiskt har en förankring skett genom att måldokumentet har varit föremål för politiska beslut och genom tillsättning av särskilda folkhälsolandstingsråd och politiskt tillsatta folkhälsoutsnitt. På verkställandeplanet har organisationen förändrats i vissa fall genom inrättande av särskilda sekretariat eller funktioner för utveckling och samordning av landstingens folkhälsoarbete och genom att ansvar har preciserats på tjänstemannaplanet för folkhäl-

sodirektörer, hälsoplanerare och folkhälsoansvariga inom primärvården.

Landstingens regionala utvecklingsroll och hälsofrågorna

Till regionala utvecklingsfrågor brukar räknas sådana som avser näringsliv och sysselsättning, miljö, kommunikationer, hälso- och sjukvård, utbildning och forskning, kultur och turism.⁹ Universitet och högskolor har ansvar för den högre utbildningen och forskningen medan länsstyrelser och statliga regionala sektorsorgan har ansvar för att främja näringsliv och sysselsättning. Länsstyrelserna har även till uppgift att utöva tillsyn över miljöfrågorna i länen. Länsstyrelsernas uppgifter redovisas närmare i nästa avsnitt med särskild inriktning på folkhälsoaspekter.

Flertalet av övriga regionala verksamheter har landstingen ansvar för. Det gäller hälso- och sjukvård och tandvård, högskoleutbildning inom delar av vårdområdet och kollektivtrafik. Ansvaret för kollektivtrafikfrågorna delas ofta med kommunerna i resp. landstingsområde. Landstingen arbetar också med kultur- och miljöfrågor. Miljöengagemanget har sin utgångspunkt i dels ett lagreglerat ansvar för den egna verksamhetens miljö, dels ett ansvar att verka för en god hälsa hos hela befolkningen enligt hälso- och sjukvårdslagen resp. smittskyddslagen.

Riksdagen har med anledning av prop. 1996/97:36 och prop. 1996/97:108 beslutat om försöksverksamheter i fyra län med överförande av det s.k. regionala utvecklingsansvaret m.m. från länsstyrelsen till ett regionalt självstyrelseorgan. Besluten innebär att i Kalmar, Gotlands och Skåne län skall detta organ

- från länsstyrelsen överta ansvaret för det sektorsövergripande arbetet med att utarbeta en strategi för länets långsiktiga utveckling (det regionala utvecklingsansvaret),
- från länsstyrelsen överta ansvaret för frågor om länsplaner för regional transportinfrastruktur,
- från Statens kulturråd överta befogenheten att besluta om fördelningen av vissa statsbidrag till regionala kulturinstitutioner, samt
- besluta om användningen av vissa regionalpolitiska och andra utvecklingsmedel.

I Västra Götalands län skall det regionala självstyrelseorganet endast överta uppgifterna enligt punkterna ett, två och fyra. Försöksverksamheten skall pågå för samtliga fyra försökslän till utgången av år 2002.

⁹ SOU 1995:27. *Regional framtid*. Slutbetänkande av Regionberedningen.

Som har framgått av föregående avsnitt pågår arbete inom Regionförbundet Skåne och Kommunalförbundet Västra Götaland med att göra folkhälsofrågorna till en del av de övergripande regionala frågorna. Fortfarande är utgångspunkten landstingens hälso- och sjukvårdsansvar men insatser för folkhälsan belyses som en regional utvecklingsfråga och inte enbart som en fråga för hälso- och sjukvårdssektorn. Landstingens engagemang i miljöfrågorna lyftes på motsvarande sätt fram som regionala utvecklingsfrågor med betydelse både för miljön i sig och för folkhälsan.

4.3.3 Länsstyrelsernas roll

Länsstyrelsen har regionala utvecklingsuppgifter och är tillsynsmyndighet enligt miljöskyddslagen, hälsoskyddslagen, lagen om kemiska produkter, plan- och bygglagen, alkohollagen, socialtjänstlagen m.fl. lagar. Länsstyrelsen skall enligt sin instruktion

- noga följa länets behov,
- främja länets utveckling och befolkningens bästa,
- verka för att de nationella målen inom olika samhällssektorer får genomslag i länet,
- svara för den statliga förvaltningen i länet, i den mån inte någon annan myndighet har ansvar för särskilda förvaltningsuppgifter.

Länsstyrelsen skall särskilt

- med beaktande av fastställda nationella mål verka för att statlig, kommunal och landstingskommunal verksamhet i länet samordnas och anpassas efter de övergripande miljö- och regionalpolitiska målen samt kravet på en långsiktig, god hushållning med naturresurserna,
- samordna de olika sektorerna inom länsstyrelsens ansvarsområde och därvid beakta de aspekter som är av betydelse för den regionala utvecklingen,
- följa upp och utvärdera insatser inom olika samhällssektorer med såväl ett nationellt som ett samlat regionalt perspektiv,
- genomföra eller hos regeringen eller dess myndigheter föreslå sådana åtgärder som är nödvändiga eller lämpliga för länets utveckling,
- underrätta regeringen om vad som är särskilt viktigt för regeringen att få veta om länet och händelser som inträffat där.

Länsstyrelserna har på länsnivån hand om merparten av myndighetsuppgifterna inom miljö- och hälsoskyddet. Tillsynen inom arbetarskyd-

det svarar dock Yrkesinspektionen för. Förutom det regionala tillsynsansvaret enligt hälsoskyddslagen och miljöskyddslagen gäller ett motsvarande ansvar för områden som livsmedelskontroll, plan- och byggväsendet, kommunikationerna, hushållningen med naturresurser och naturvården.

Alkohollagen som trädde i kraft år 1995 innebar ett nytt system för tillståndsgivning och tillsyn inom alkoholområdet. Hanteringen av serveringstillstånd för restauranger fördes över från länsstyrelserna till kommunerna. Kommunerna gavs även huvudansvaret för den direkta tillsynen av restaurangerna och rätten att besluta om återkallelse av tillstånd, varningar m.m.

Genom det nya regelsystemet inom alkoholområdet har länsstyrelsernas roll ändrats från att ha haft ett direkt ansvar till att bli en regional tillsynsmyndighet med uppgift att ge råd och stöd till kommunerna och övervaka deras verksamhet samt systematisera, sammanställa och analysera utvecklingen av alkoholhanteringen i resp. län. I uppgifterna ingår att verka för att kommunerna utarbetar alkoholpolitiska program som kan bilda grund för resp. kommuns samlade insatser inom alkoholområdet.

I den nationella handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande insatser som lades fram år 1995 betonas vikten av en regional och lokal kraftsamling i det förebyggande arbetet. Länsstyrelsernas roll är att verka för en regional samordning av detta arbete. Den vanligaste formen för samråd är de s.k. länsamrådsgrupperna för drogförebyggande arbete i vilka ingår länsstyrelsen, landstinget, länspolismyndigheten, kommunernas länsförbund och representanter för Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. I samrådsgrupperna ingår vanligtvis också representanter för nykterhetsrörelsen och idrottsrörelsen. Samrådsgrupperna initierar projekt och utbildningsinsatser inom drogområdet m.m.

Länsstyrelsernas tillsynsansvar med avseende på socialtjänstlagen omfattar bl.a. att följa socialnämndernas tillämpning av lagen, informera och ge råd till allmänheten om frågor som rör lagen, biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet, främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan samt även i övrigt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter.

Länsstyrelserna har sedan år 1994 disponerat projektmedel för utveckling av den öppna vården för missbrukare. Inriktningen har varit att skapa alternativ till institutionsvård för de tyngst belastade missbrukarna och ungdomarna. För år 1997 utvidgades ändamålet med medlen till att omfatta även förebyggande insatser inom alkohol- och drogområdet. Socialstyrelsen disponerade 50 miljoner kronor under år 1997 för utvecklingsmedel som fördelades av länsstyrelserna.

4.3.4 Folkhälsovetenskaplig utbildning

Flera ämnen och vetenskapsgrenar har betydelse i ett folkhälsoperspektiv. Det gäller t.ex. sociologi, statsvetenskap och ekonomi inom samhällsvetenskapen, psykologi inom beteendevetenskapen samt epidemiologi och biomedicin inom den medicinska vetenskapen. Någon beskrivning av dessa ämnen och vetenskaper görs inte här. I stället koncentreras redovisningen till den utbildning som ges i folkhälsovetenskap. Folkhälsovetenskap är en vetenskapsgren som använder sig av resultat från bl.a. de tidigare nämnda vetenskaperna och ämnena.

Folkhälsovetenskaplig utbildning som omfattar alla stadier från grundutbildning till forskning finns ännu inte i Sverige. Som påbyggnad på andra utbildningar finns vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg en möjlighet att ta en mastersexamen resp. en doktorsexamen i folkhälsovetenskap. En påbyggnad upp till mastersnivån tillhandahålls även av Karolinska institutet i Stockholm och Blekinge internationella hälsohögskola i samverkan med Samhällsmedicinska institutionen vid Lunds universitet. Institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap vid Umeå universitet har en påbyggnadsutbildning som avser att ge behörighet på såväl magister- som licentiat- och doktorsnivån. Även vid Linköpings universitet kan en magistergrad tas i folkhälsovetenskap.

Under senare år har flera initiativ tagits för att få till stånd en folkhälsovetenskaplig grundutbildning. Karolinska institutet redovisade under år 1997 en utredning av förutsättningarna för att etablera en "School of Public Health". Mot bakgrund av utredningen har beslut fattats om att starta en folkhälsovetenskaplig grundutbildning vid institutet fr.o.m. hösten 1998. Forskarutbildningen byggs vidare ut till att omfatta även doktorsnivån. I grund- resp. forskarutbildningen integreras biomedicinska, socialmedicinska samt beteende- och samhällsmedicinska perspektiv. Ett liknande förslag med tillhandahållande av grundutbildning upp till magisternivån håller på att utarbetas vid den nya högskolan i Malmö med planerad start hösten 1999. Enligt planerna skall samverkan ske med bl.a. universitet i Danmark. Även Mälardalens högskola och Hälsohögskolan i Jönköping har beslutat att starta folkhälsovetenskapliga grundutbildningar fr.o.m. hösten 1998.

Utbildningar med inriktning mot hälsoområdet finns även i ett antal andra kommuner i landet, t.ex. Sundsvall, Gävle-Sandviken, Uppsala, Örebro, Borås, Halmstad och Kristianstad. Vissa av utbildningarna är inriktade mot hälsopedagogik eller hälsoutveckling medan andra tillhandahåller undervisning i ämnen som är mer naturvetenskapligt orienterade. Även vissa vårdhögskolor har utbildningar som omfattar folkhälsoarbete.

Som framgår av redovisningen pågår en utbyggnad av den folkhälsovetenskapliga utbildningen i landet. Det kan antas att denna utbildning successivt blir ett allt viktigare instrument i den regionala och lokala utvecklingen av folkhälsoarbetet. Den folkhälsovetenskapliga forskningen finns än så länge enbart företrädd i de traditionella universitetsorterna och kan därför inte redovisas som utvecklingskraft ur ett specifikt regionalt perspektiv. Finansieringen av folkhälsovetenskaplig forskning sker genom statliga fakultetsanslag till universiteten, statlig ersättning till landstingen för den kliniska utbildning och forskning som sker inom resp. landstings organisation, anslag från landsting och kommuner enligt hälso- och sjukvårdslagen samt externa forskningsmedel, t.ex. genom de statliga forskningsråden och Folkhälsoinstitutet. Aktuella förhållanden beträffande forskningen redovisas i viss omfattning i samband med genomgången i nästa avsnitt av bl.a. de olika forskningsrådets verksamhet.

4.4 Nationellt folkhälsoarbete

Ett stort antal statliga myndigheter har verksamheter som är av stor betydelse i ett folkhälsoperspektiv. I det följande redovisas först några allmänna uppgifter om statens roll i folkhälsoarbetet. Därefter beskrivs översiktligt några myndigheter som har viktiga roller, inkl. sådana som har uppdrag att finansiera folkhälsovetenskaplig forskning. Vidare redovisas samverkan mellan myndigheterna genom Generaldirektörsgruppen för folkhälsofrågor. Avsnittet avslutas med en beskrivning av nationella nätverk och organisationer som har betydelse i folkhälsoarbetet.

4.4.1 Staten har flera roller inom folkhälsoområdet

Staten har flera roller. En av dessa är att utforma en hälsopolitik som syftar till att skapa förutsättningar för en god hälsa i hela befolkningen. Staten har vidare till uppgift att understödja kvalitetsutvecklingen genom FoU-insatser, uppbyggnad och drift av nationella register samt genom att lämna bidrag till finansiering av olika försöksverksamheter etc. En annan uppgift är att via lagstiftning stödja och sätta ramar för folkhälsoarbetet. Ytterligare en uppgift är att bedriva tillsyn över att folkhälsoarbetet genomförs enligt de intentioner som har beslutats av statsmakterna.

4.4.2 Folkhälsoaspekter ingår i många myndigheters arbete

Här beskrivs några för folkhälsoarbetet viktiga myndigheter och deras uppgifter.¹⁰ Naturligtvis finns även andra myndigheter som har verksamheter som anknyter till folkhälsoområdet men en prioritering har varit nödvändig. Redovisningen görs i alfabetisk ordning.

Arbetskyddsstyrelsen

Arbetskyddsstyrelsen är den centrala förvaltningsmyndigheten för arbetsmiljö- och arbetstidsfrågor och chefsmyndighet för Yrkesinspektionen. Arbetskyddsstyrelsen har till uppgift att inom arbetsmiljöområdet bl.a.

- leda, samordna och utveckla verksamheten inom ansvarsområdet,
- ha den centrala tillsynen över arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen,
- meddela föreskrifter och allmänna råd,
- producera och sprida information,
- ansvara för ett informationssystem om arbetsskador.

Arbetsmiljölagen (1977:1160) reglerar skydd mot ohälsa och olycksfall i arbetet. Lagen kompletteras med föreskrifter om tekniska, fysikaliska, kemiska, biologiska, ergonomiska, psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor.

Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet är ett nationellt centrum för forskning inom områdena arbetsmiljö, arbetsorganisation och arbetsmarknad. Andra viktiga arbetsuppgifter är utveckling, utbildning, information, dokumentation och internationellt samarbete. Institutet bedriver forskning och utveckling inom följande områden:

- arbetsmarknad och arbetsrätt,
- arbetsorganisation, ergonomi och teknik,
- arbetsmedicin, särskilt allergi och belastningsskador
- psykosociala arbetshälsofrågor,
- kemiska och fysikaliska riskfaktorer.

¹⁰ Källor för presentationen är förordningar med instruktioner för myndigheterna, regleringsbrev för myndigheterna samt information från myndigheterna beträffande verksamheterna.

Arbetslivsinstitutet skall genomföra och stödja utveckling i arbetslivet genom att medverka till regionala satsningar och stödja arbetslivsutveckling i företag och förvaltningar m.fl.

Barnombudsmannen

Barnombudsmannens huvuduppgift är att ha tillsyn över barns och ungdomars intressen med referens till FN:s konvention om barnets rättigheter. Detta gäller inte minst barn med behov av särskilt stöd. En annan viktig uppgift för ombudsmannen är att informera barn och ungdomar om deras rättigheter. Ombudsmannen skall också koordinera offentliga insatser för barns säkerhet.

Insatserna från ombudsmannen har under de senaste åren varit inriktade på bl.a.

- information om FN:s konvention om barnets rättigheter,
- mobbning i och utanför skolan,
- situationen för flyktingbarnen,
- sociala förhållanden för barn och ungdomar i samhället.

Boverket

Boverket är central förvaltningsmyndighet för frågor om byggd miljö och hushållning med naturresurser, fysisk planering, byggande och boende. Boverket är tillsynsmyndighet för verksamhet enligt plan- och bygglagen, lagen om tekniska egenskapskrav på byggnadsverk m.m. och lagen om hushållning med naturresurser.

När det gäller insatser för människors hälsa är Boverkets ansvar för samhällskraven vid nybyggnad och ändring av byggnad av störst intresse. Myndigheten skall genom föreskrifter verka för att byggnader uppförs och utrustas resp. byggs om så att de kan brukas utan att påverka människors hälsa negativt. Vidare arbetar verket genom information till byggbranschen, kommuner och enskilda med frågor om hur en god inomhusmiljö kan säkerställas. Samverkan sker i detta avseende med andra statliga centrala och regionala myndigheter.

Boverket har byggt upp den obligatoriska ventilationskontroll som riksdagen beslutade om år 1991. Verket har vidare ansvar för statliga medel för bostadsförsörjningen och för särskilda medel för att förbättra inomhusmiljön.

Folkhälsoinstitutet

Folkhälsoinstitutet är ett nationellt organ med uppgift att förebygga sjukdomar och annan ohälsa och att främja en god hälsa för alla. Institutet har inga tillsynsfunktioner. Det övergripande målet för institutet är att främja likvärdiga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. För att skapa sådana förutsättningar skall institutet särskilt beakta de faktorer som påverkar hälsoutvecklingen hos de grupper som är mest utsatta för hälsorisker.

I arbetet med att få till stånd förbättringar i hälsan för utsatta grupper skall Folkhälsoinstitutet dels stödja lokalt och regionalt folkhälsoarbete i kommuner och landsting samt i företag, organisationer och utbildningsväsende, dels främja samarbete på nationell nivå mellan olika organ för att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan. Institutet skall särskilt

- följa utvecklingen av folkhälsan och de förhållanden som berör denna samt ta de initiativ som utvecklingen ger anledning till,
- tillsammans med andra förse regeringen med underlag som belyser hälsokonsekvenserna av planerade beslut,
- utveckla, ställa samman och sprida kunskap om och erfarenheter av åtgärder som har betydelse för att förbättra folkhälsan,
- ta initiativ till försöksverksamhet och utvecklingsarbete, omvandla forskningens resultat till praktisk tillämpning och förmedla kontakt mellan forskare och praktiskt verksamma,
- aktivt medverka i det internationella folkhälsoarbetet.

Folkhälsoinstitutets verksamhet består av tre verksamhetsgrenar: nationellt folkhälsoarbete, lokalt folkhälsoarbete samt forskning och utveckling. Verksamhetsgrenarna är i sin tur indelade i tio områden. Dessa är Alkohol, narkotika och övrigt drogberoende, Allergi, HIV/STD, sex och samlevnad, Tobak, Skador, Fysisk aktivitet och kost, Barn och ungdom, Kvinnor, Äldre samt Invandrare.

Institutet verkar för att få till stånd en starkare koppling mellan miljö- och folkhälsoarbetet. Detta gäller i synnerhet för allergiprogrammet, tobaksprogrammet och skadeprogrammet.

Forskningsrådsnämnden

Forskningsrådsnämnden har till uppgift att ta initiativ till och stödja forskning främst inom områden som är angelägna från samhällets synpunkt. Nämnden skall härvid beakta behovet av tvär- och mångvetenskaplig forskning.

Nämnden skall särskilt bl.a.

- främja samordning och samarbete mellan forskningsråden inom Social-, Utbildnings-, Jordbruks- och Näringsdepartementets verksamhetsområden,
- främja samarbetet mellan forskningsråden å ena sidan och andra myndigheter och organ å andra sidan i frågor som avser initiativ till forskning, vetenskaplig bedömning av forskning eller finansiering av forskning,
- fördela medel till forskning och därmed sammanhängande verksamhet,
- fördela medel till dyrbar vetenskaplig utrustning,
- svara för en allmän och övergripande information om forskning och forskningsresultat,
- främja jämställdhets-, kvinno- och genusforskning,
- främja internationellt forskningssamarbete på sådana områden där inte någon annan myndighet har detta som uppgift.

Forskningsrådsnämnden stödjer för närvarande tvärvetenskaplig forskning om självuppskattad hälsa, familjehälsa och folkhälsoepidemiologi.

Institutet för miljömedicin

Institutet för miljömedicin (IMM) är en särskild inrättning vid Karolinska institutet. IMM har till uppgift att bedriva forskning och utbildning samt att utföra undersökningar och utredningar inom fysikalisk och kemisk miljömedicin samt inom hälsoskyddet. Institutet har inga tillsynsuppgifter. IMM skall särskilt

- samverka med och biträda myndigheter, institutioner och organisationer i syfte att åstadkomma ett effektivt utnyttjande av de samlade resurserna inom området för institutets verksamhet,
- på grundval av forskning utveckla metoder av betydelse för verksamhetsområdet,
- förse myndigheter med underlag för åtgärder som är ägnade att förbättra de miljömedicinska förhållandena i landet,
- följa, stödja och delta i det internationella arbetet inom miljömedicinen.

Institutet skall i första hand utföra undersökningar och uppdrag som begärs av myndigheter och främst tillgodose myndigheternas behov av utredningsunderlag. Institutet skall särskilt beakta Socialstyrelsens behov av underlag för rapporter om folkhälsan.

Konsumentverket

Konsumentverket är central förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har huvudansvar för att genomföra den statliga konsumentpolitiken. Konsumentverkets generaldirektör är också konsumentombudsman (KO).

Övergripande mål för verksamheten är att

- ge hushållen goda möjligheter att utnyttja sina ekonomiska och andra resurser effektivt,
- ge konsumenterna en stark ställning på marknaden,
- skydda konsumenternas hälsa och säkerhet,
- medverka till att sådana produktions- och konsumtionsmönster utvecklas som minskar påfrestningarna på miljön och bidrar till en långsiktigt hållbar utveckling.

Konsumentverket arbetar för att tillverkarna redan från början skall göra så bra och säkra varor som möjligt. För att understödja detta genomför verket bl.a. provning av produkters kvalitet och funktion och deltar i internationellt standardiseringsarbete.

KO företräder konsumenternas intressen gentemot företag och för konsumenternas talan i domstol. KO har uppgifter enligt marknadsföringslagen (1995:450), lagen (1994:1512) om avtalsvillkor i konsumentförhållanden och produktsäkerhetslagen (1988:1604). Bl.a. produktsäkerhetslagen ger KO möjlighet att kräva förbud mot varor och tjänster som kan skada liv och hälsa.

Medicinska forskningsrådet

Medicinska forskningsrådets (MFR) uppgift är att stödja grundforskning inom områdena medicin, farmakologi, odontologi och veterinärmedicin. Den forskning rådet stödjer skall vara grundläggande, långsiktig och av hög kvalitet.

Den medicinska forskningen har haft stor betydelse för framstegen inom svensk hälso- och sjukvård och för utvecklingen inom den svenska läkemedelsindustrin. Största delen av den medicinska forskningen i Sverige utanför läkemedelsindustrin utförs av vetenskapliga institutioner vid universitet och universitetssjukhus. Medicinsk forskning utförs också inom vissa statliga myndigheter. Huvuddelen av den forskning MFR stödjer är initierad av forskarna själva men MFR kan också styra resurser till områden som anses angelägna för samhället eller ur forskningens perspektiv. Under den senaste femårsperioden har rådet stött forskning inom följande områden: de äldres hälso- och

sjukvård, folkhälsovetenskap, HIV- och AIDS-forskning, amalgam och andra dentalområden, det mänskliga genomet samt proteinkemi och glykobiologi.

Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket är central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutande försäkringssystem. Till försäkringsområdet hör bl.a. sjukförsäkring och föräldraförsäkring, folkpension och allmän tilläggspension, delpension, arbetsskadeförsäkring, allmänna barnbidrag och bidragsförskott, kontant arbetsmarknadsstöd och bidrag vid arbetsmarknadsutbildning.

Verket svarar för den centrala ledningen och för tillsynen av de allmänna försäkringskassornas verksamhet. De allmänna försäkringskassorna är 25 till antalet och handlägger enskilda ärenden inom socialförsäkrings- och bidragssystemet på regional och lokal nivå. Riksförsäkringsverket skall särskilt bl.a.

- verka för att socialförsäkrings- och bidragssystemet tillämpas likformigt och rättvist,
- meddela de föreskrifter och allmänna råd som fordras för tillämpning av lagstiftningen och för säkerställande av en effektiv resursanvändning och administration,
- se till att allmänheten får en tillfredsställande service och information om trygghetsanordningarna,
- ansvara centralt för informations- och utbildningsverksamheten på området,
- följa utvecklingen av de olika grenarna inom trygghetssystemet och utvärdera trygghetsanordningarnas effekter för individ och samhälle.

Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna har ansvar för samordning av rehabilitering av enskilda. Verket och kassorna arbetar också förebyggande i direktkontakt med företrädare för företag och förvaltningar om arbetsförhållanden. För att bl.a. följa och utvärdera trygghetsanordningarnas effekter samlar Riksförsäkringsverket statistik i tre typer av register; bidragsregister, pensionsregister och register för sjukfallsstatistik.

Rådet för arbetslivsforskning

Rådet för arbetslivsforskning är landets centrala myndighet för planering, initiering och stöd till forskning och utveckling inom arbetslivsområdet. Rådet skall bidra till att utveckla en god arbetsmiljö, en effektiv arbetsorganisation och en arbetsmarknad som är tillgänglig för alla. Rådet skall särskilt

- svara för att den av rådet finansierade verksamheten följs upp och utvärderas,
- stödja långsiktig kunskapsuppbyggnad med mångvetenskaplig inriktning,
- främja forskning om kvinnors villkor i arbetslivet,
- informera om sin verksamhet och resultaten av den forskning och det utvecklingsarbete som rådet stödjer,
- främja internationellt samarbete och erfarenhetsutbyte.

Skolverket

Skolverket är central förvaltningsmyndighet för det offentliga skolväsendet och för den av det allmänna anordnade förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen (barnomsorgen) i den utsträckning något annat inte är föreskrivet.

Skolverket skall bl.a.

- följa upp och utvärdera skolväsendet och barnomsorgen,
- utveckla, kontrollera och stödja kvalitetssäkringsarbete i skolväsendet och barnomsorgen,
- sammanfatta och publicera resultaten av sitt arbete med uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och tillsyn,
- främja utvecklingen av skolväsendet och barnomsorgen samt utarbeta kommentarmaterial och allmänna råd som stöd till det lokala utvecklingsarbetet,
- främja kompetensutveckling av skolväsendets och barnomsorgens personal inom nationella prioriterade områden och svara för den statliga rektorsutbildningen,
- främja forskning och informera om forskningsresultat,
- inom sitt verksamhetsområde aktivt och medvetet främja flickors, kvinnors, pojkars och mäns lika rätt och möjligheter,
- svara för officiell statistik om skolväsendet.

Skolverket har en långsiktig strategi för arbetet med hälsofrågor i skolan inom kunskapsområdet "Elevers hälsa". Strategin som betonar främjande av det friska har två huvudlinjer. Den första gäller *hälsoar-*

bete som ett samlat begrepp och inriktar sig på skolans klimat. Den handlar om att bygga en skola som kan skapa lust i lärandet och där eleverna är delaktiga och präglar undervisningen utifrån sina erfarenheter och behov. Den andra avser en *fördjupning inom olika hälsoområden*. Vid sidan om varje hälsoområdes särskilda fakta handlar det om identitetsfrågor och existentiella frågor samt om relationer till föräldrar, kamrater och lärare. Skolverket har tagit fram referensmaterial för stöd till skolans undervisning som lyfter fram de existentiella frågorna och samtalets betydelse.

Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutet är central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar och främja skyddet mot sådana sjukdomar. Smittskyddsinstitutet har inga tillsynsuppgifter.

Institutet skall bl.a:

- följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt i fråga om smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa,
- lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget och föreslå åtgärder som detta kan föranleda,
- följa och analysera immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper efter genomförda vaccinationsprogram och föreslå vaccinationsåtgärder,
- upprätthålla ett för landets smittskydd relevant förråd av bakterier, virus och andra ämnen,
- svara för kvalitetsstöd till landets mikrobiologiska och infektionsimmunologiska diagnostik,
- bedriva forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för verksamhet som gäller socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, stöd och service till vissa funktionshindrade och frågor om alkohol och droger. Socialstyrelsen är vidare tillsynsmyndighet för verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, hälsoskyddslagen, smittskyddslagen, tobakslagen och förordningen om bekämpningsmedel. Socialstyrelsen har ansvar för central statistik om bl.a. socialtjänst, hälsa, sjukvård och dödsorsaker.

Socialstyrelsens mål är att verka för en god hälsa, en social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

I Socialstyrelsens huvuduppgifter ingår bl.a.

- tillsyn av medicinsk och social verksamhet i fråga om kvalitet, säkerhet, samt den enskildes rättigheter,
- uppföljning och utvärdering av socialpolitiken,
- kunskapsförmedling,
- utveckling och utbildning,
- statistksamordning inom den sociala sektorn,
- epidemiologisk övervakning.

Inom Socialstyrelsen finns bl.a. Epidemiologiskt Centrum (EpC). Det övergripande målet för EpC är att följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala situation, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. EpC skall förse allmänhet, forskare, riksdag och regering m.fl. med underlag inom områdena folkhälso- och sociala förhållanden samt utvärdering av hälso- och sjukvård.

EpC:s arbete inriktas på fem huvudområden:

- registerverksamhet,
- klassifikationsarbete,
- rapportering om folkhälsa och sociala förhållanden,
- FoU-arbete,
- stöd till statistikanvändare.

Register med goda epidemiologiska data är en förutsättning för analysverksamhet. EpC:s arbete inriktas därför på att upprätta enhetliga och ändamålsenliga sjukdomsklassifikationer samt kontrollera kvaliteten på registren etc. Följande register finns vid EpC: cancerregistret, cancer-miljöregistret, medicinska födelseregistret, missbildningsregistret, patientregistret, abortregistret, steriliseringsregistret, amningsregistret, statistik över assisterad befruktning, register över socialbidrag, register över insatser för vuxna missbrukare, register över insatser för barn och unga, dödsorsaksregistret.

I Socialstyrelsens uppgift ingår att vart tredje år publicera en folkhälsorapport resp. en social rapport.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

Socialvetenskapliga forskningsrådets (SFR) uppgift är att främja och stödja betydelsefull grundforskning och tillämpad forskning inom

socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsovetenskap samt att informera om kunskapsläge och aktuell forskning.

Socialvetenskaplig forskning präglas av vetenskaplig bredd och av inriktning mot problem i samhället snarare än av gemensamma teorier. Drygt hälften av de SFR-stödda projekten finns inom institutioner för sociologi, socialt arbete, psykologi, samhällsmedicin och nationalekonomi vid universitet och högskolor. Den andra hälften fördelar sig på ett 30-tal institutioner inom flera fakultetsområden. Av anslagna 132 miljoner kronor för budgetåret 1995/96 (18 månader) har 21 procent använts inom området folkhälsa samt hälso- och sjukvård.

SFR har i regleringsbrev för år 1997 givits i uppdrag att i samråd med berörda forskningsråd och andra organ utarbeta ett nationellt forskningsprogram för forskning om ojämlikhet i hälsa. Bakgrunden är de bedömningar som har gjorts av regeringen i den senaste forskningspolitiska propositionen (prop. 1996/97:5).

Statens institut för psykosocial miljömedicin

Statens institut för psykosocial miljömedicin har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial miljömedicin. Institutet skall särskilt

- bedriva forskning som är inriktad på praktisk tillämpning inom social-, hälsovårds- och arbetsmarknadsområdena samt på problem med anknytning till dessa områden,
- ägna uppmärksamhet åt teori- och metodutveckling för vetenskaplig forskning inom institutets verksamhetsområde,
- fullgöra forskningsuppdrag för i första hand statliga och kommunala myndigheter och organ samt arbetsmarknadens parter,
- samverka med myndigheter, institutioner och organisationer inom området för institutets verksamhet i syfte att åstadkomma ett effektivt utnyttjande av de samlade resurserna för psykosocial miljömedicinsk forskning,
- biträda Socialstyrelsen i dess utvecklingsarbete inom den psykosociala miljömedicinen,
- verka för att erfarenheter och rön från den psykosociala miljömedicinska forskningen blir kända och nyttiggjorda.

Statens livsmedelsverk

Statens livsmedelsverk är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör livsmedel och tillsynsmyndighet för verksamhet enligt livs-

medelslagen. Verkets mål är att tillförsäkra konsumenterna säkra livsmedel av god kvalitet, redlighet i hanteringen av livsmedel och goda matvanor.

Verkets verksamhetsområden gäller normgivning, tillsyn och kontroll, information och kunskapsuppbyggnad. Normgivningen baseras till stor del på att delta i utvecklingen av EU:s lagstiftning på livsmedelsområdet och att harmonisera de svenska reglerna till EU:s regelsystem. Tillsynen och kontrollen består i att stödja och samordna den offentliga livsmedelskontrollen och att bedriva direkt tillsyn av större livsmedelsanläggningar. Genom information strävar verket efter att öka konsumenternas kunskap om samband mellan kost och hälsa. Kunskapsuppbyggnaden syftar bl.a. till att utveckla metoder för livsmedelskontroll och analys av livsmedel.

Statens naturvårdsverk

Naturvårdsverket är tillsynsmyndighet för verksamhet enligt miljöskyddslagen, naturvårdslagen, lagen om kemiska produkter, lagen om hushållning med naturresurser och hälsoskyddslagen. Naturvårdsverket skall enligt sin instruktion vara samlande och pådrivande i miljövårdsarbetet både nationellt och internationellt. Verkets arbete syftar till att säkerställa en god miljö och biologisk mångfald.

Naturvårdsverket skall bl.a:

- i förhållande till sektorsmyndigheter samt regionala och lokala myndigheter arbeta med mål, vägledning, samordning och uppföljning som rör miljöarbetet,
- verka för att sprida kunskaper om miljöforskning samt genom miljöövervakning ta fram uppgifter om och belysa miljötilståndet,
- bidra med underlag för svenska ställningstaganden i det internationella miljöarbetet och medverka med expertkunskaper,
- bevaka miljövårdsintressen vid tillämpning av plan- och bygglagen och lagen om hushållning med naturresurser m.m. samt tillhandahålla underlag för tillämpning av dessa lagar,
- verka pådrivande och samordnande i arbetet för ett avfallssnålt samhälle,
- ansvara för officiell statistik.

Naturvårdsverket har definierat fyra skyddsobjekt; skydd av människors hälsa, skydd av den biologiska mångfalden, hushållning med naturresurser och skydd av natur- och kulturlandskapet. Uppgifter som rör miljörelaterade hälsofrågor beräknas ta ca 10 procent av verkets resurser.

Ungdomsstyrelsen

Ungdomsstyrelsen är en statlig myndighet med uppgift att följa ungdomars levnadsvillkor och utvärdera hur ungdomspolitiken förverkligas på statlig och kommunal nivå. Ungdomsstyrelsen lämnar förslag till åtgärder som kan bidra till att planering och beslut inom olika områden som hälsa, arbetsmarknad, sociala frågor, utbildning och fritid anpassas till ungdomars behov och förutsättningar. Arbetet är sektorsövergripande.

Ungdomsstyrelsen fördelar statsbidrag till ungdomsorganisationer och verkar för förnyelse av ungdomsverksamheten inom kommuner och föreningsliv. Ungdomsstyrelsen ansvarar för EU:s utbytesprogram, Ungdom för Europa, och andra former av internationellt ungdomsarbete.

Vägverket

Vägverket har det centrala ansvaret för utvecklingen av hela vägtransportssystemet, ett s.k. sektorsansvar, där bl.a. trafiksäkerhet och miljöfrågor ingår.

Riksdagen antog mål om trafiksäkerheten redan år 1982. Dessa bekräftades åren 1988 och 1993 och innebär följande:

- Det totala antalet dödade och skadade i trafiken skall fortlöpande minskas.
- Risken för att dödas och skadas i trafiken skall fortlöpande minskas för alla trafikantkategorier.
- Risken att dödas och skadas i trafiken skall minskas i högre grad för de oskyddade trafikanterna än för de skyddade. Barnens problem skall särskilt beaktas.

Vägverket, Rikspolisstyrelsen och Svenska kommunförbundet har i ett nationellt trafiksäkerhetsprogram för åren 1995–2000 kvantifierat målet enligt följande:

- Antalet dödade och svårt skadade år 2000 får vara högst 400 resp. 3700. Det totala antalet skadade skall nedbringas till högst 17 000 (polisrapporterade).

Riksdagen antog i oktober 1997 målet att ingen långsiktigt skall avlida eller skadas svårt i vägtransportssystemet, den s.k. 0-visionen. Vägtransportssystemet skall utformas i enlighet med detta mål.

Apoteket AB

Apoteken i Sverige drivs av Apoteket AB som har ensamrätt på detaljhandeln med läkemedel i landet.

Apoteket AB har till uppgift att tillgodose allmänhetens och sjukvårdens behov av läkemedel så att företaget skapar största möjliga nytta till lägsta möjliga kostnad. Företaget skall även svara för information, rådgivning, utbildning och andra tjänster kring läkemedel. Apoteket AB bedriver också en viss verksamhet när det gäller information och rådgivning inom preventionsområdet.

Apoteket AB har skyldighet att tillhandahålla alla läkemedel – både receptbelagda och receptfria – som är godkända för försäljning i Sverige. Dessutom erbjuder apoteken ett kompletterande sortiment av egenvårdsprodukter.

Apotekens roll är att ge information och råd till såväl läkare som patienter. Apotekspersonalen skall i varje enskilt fall se till att kunden får föreskrivet läkemedel i rätt dos och styrka samt att kunden vet hur det skall användas. Personalen informerar och utbildar också vårdpersonal och deltar tillsammans med allmänläkare och specialister i läkemedelskommittéer. Apoteket AB producerar varje år Svensk läkemedelsstatistik och vartannat år Läkemedelsboken.

4.4.3 Samverkan ökar effektiviteten och kvaliteten i myndigheternas arbete

Folkhälsogruppen avvecklades efter det att Folkhälsoinstitutet inrättats den 1 juli 1992. Efter upphörandet av gruppen tog Folkhälsoinstitutet initiativ till bildandet av Generaldirektörsgruppen för folkhälsofrågor med generaldirektören för Folkhälsoinstitutet som ordförande. Gruppen har fr.o.m. år 1994 träffats flera gånger per år för redovisning av pågående arbete i resp. myndighet och för gemensamma diskussioner om folkhälsofrågor.

Syftet med GD-gruppen i folkhälsofrågor är att ge möjlighet till utbyte av information om aktuella planer och skapa förutsättningar för gemensamt agerande och samordning inom folkhälsoområdet.

4.4.4 Organisationer och nationella nätverk stimulerar utvecklingen på alla nivåer

Organisationernas och folkrörelsernas betydelse för folkhälsan i ett historiskt perspektiv har beskrivits i kap. 3 med särskild exemplifiering

av nykterhetsrörelsens roll. Dagens ohälsoproblem visar tydligt att det finns uppgifter även för dagens organisationer och folkrörelser när det gäller att samla och förmedla kunskaper samt att på annat sätt bidra till förbättringar av levnadsvanor och livsvillkor.

På den nationella nivån finns ett stort antal organisationer och folkrörelser som gör viktiga insatser inom folkhälsoområdet. Det gäller organisationer inom alkohol och drogområdet, organisationer inom området barn och ungdom, bildningsorganisationer, fackliga organisationer, handikapporganisationer, organisationer inom idrott och motion, invandrarorganisationer, organisationer inom kostområdet, kvinnoorganisationer, miljöorganisationer, pensionärsorganisationer, organisationer inom tobaksområdet samt organisationer inom området sex och samlevnad.

En väsentlig roll, förutom att ge hemvist åt och stimulera engagemanget hos dem som ingår i organisationerna, är att skaffa och förmedla kunskap och att påverka. Nationella organisationer samlar in erfarenheter hos människor och bearbetar och strukturerar dessa för kommunikation inom och utom den egna organisationen. De söker också kunskap via rapporter och undersökningar och blir experter inom sina resp. områden. Organisationerna och deras medlemmar blir i verklig mening sakkunniga, vilket gagnar folkhälsofrågorna och möjligheterna att åstadkomma förändringar som är positiva för hälsan hos befolkningen.

Det finns även nationellt baserade nätverk inom folkhälsoområdet som har viktiga roller. Några av dessa har berörts i tidigare avsnitt i kapitlet. Även nätverken har en väsentlig funktion i att skapa tillhörighet för medlemmarna och att samla och förmedla kunskap resp. att påverka. Med avseende på detta ordnar nätverken träffar och arbetsseminarier samt sprider information.

Kommittén skall arbeta öppet och utåttriktat och ha en bred samverkan med olika aktörer inom folkhälsoområdet. I det sammanhanget inftar självfallet organisationerna en central roll. Två initiativ har tagits när det gäller organisationer. Det ena gäller anordnande av hearingar och har syftet att ge kommittén en möjlighet att ta del av aktuell information om folkhälsoarbetet i organisationerna. Det andra är en inbjudan till organisationerna att inrätta s.k. skuggrupper för att fortlöpande och samordnat följa kommitténs arbete och lämna synpunkter till kommittén.

5 Hälsopolitiska mål och strategier – några internationella exempel

Innehållet i korthet: De hälsopolitiska mål och strategier som tagits fram inom WHO, EU och länder som Finland, Holland, England och USA präglas av stora skillnader såväl när det gäller mål som åtgärder. EU:s och Englands hälsomål utgår nära nog helt från ett sjukdomsinriktat perspektiv. De saknar hälsopolitiska jämlikhetsmål och har en stark inriktning mot hälsouppllysning i ett individ- och beteendeperspektiv.

WHO:s Hälsa-för-alla-strategi och de länder som inspirerats av denna, t.ex. Finland och Holland, har en ansats med kompletterande målperspektiv, fokus på jämlikhetsmål och utsatta grupper samt åtgärdsförslag som omfattar såväl samhälls- som individinriktade insatser.

USA:s hälsopolitiska måldokument är vad avser målpreciseringar och jämlikhetsmål baserat på ett omfattande vetenskapligt underlag men saknar nära nog helt de samhällsinriktade åtgärdsförslag som torde vara en förutsättning för att uppnå de hälsopolitiska jämlikhetsmålen.

Det finns anledning att i arbetet med svenska hälsomål och strategier ta del av de erfarenheter som gjorts i fråga om andra länders och internationella organs hälsomål.

5.1 WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa

Bakgrund

WHO har såväl globalt som regionalt tagit fram förslag till hälsopolitiska mål och strategier som antagits av medlemsländerna. WHO:s Europakontor har i många avseenden varit en föregångare i detta arbete när de i början av 1980-talet utarbetade en s.k. Hälsa-för-alla-strategi (Hfa) inriktad mot 38 mål. Denna hälsopolitiska strategi för Europa-

regionen – som antogs år 1984 – har direkt och indirekt inspirerat flertalet medlemsländer att utforma nationella och/eller lokala mål och strategier för folkhälsoarbetet. WHO-strategins största betydelse har sannolikt varit att formulera och konkretisera en vision som utgår från att man kan och bör formulera mål för den framtida hälsoutvecklingen. Utgår man från dessa hälsopolitiska mål skapas en gemensam referensram för nödvändiga multisektoriella insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Det är detta synsätt snarare än precisa målangivelser och tydliga åtgärdsprogram som givit – och ger – WHO-strategin dess kraft och hållbarhet i ett europeiskt perspektiv. Den uppföljning av målen som periodiskt görs av medlemsländerna bidrar också i hög grad till att ge denna hälsopolitiska strategi en verklighetsförankring.

År 1991 uppdaterades målen och tidpunkten för måluppfyllelse flyttades fram till år 2000. Det är denna version av den europeiska hälsopolitiska strategin som redovisas nedan.

En ny version av Hfa-strategin för Europa med en starkare betoning på ohälsans bestämningsfaktorer, håller för närvarande på att utarbetas i samråd med medlemsländerna. Denna strategi kommer att redovisas för beslut vid regionalkommitténs möte under hösten 1998.

I sammanhanget bör också nämnas att WHO under år 1998 förväntas besluta om en ny global Hfa-strategi. Det förslag till ny global strategi som utarbetats innebär i flera avseenden en vidareutveckling av den nu gällande Hfa-strategin från år 1981. I det nya förslaget har bl.a. ökad tyngd lagts på frågor om jämlikhet i hälsa, samtidigt som strategin tillförts ett genderperspektiv.

Övergripande mål

WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa utgår från bl.a. följande övergripande mål och synsätt:

- Ökad jämlikhet i hälsa såväl mellan som inom länder. "År 2000 skall skillnaden i hälsotillståndet mellan länder och mellan grupper inom länder ha minskat med minst 25 procent genom förbättring av hälsoläget för mindre gynnade länder och grupper." Den visionära kraften i detta första mål i Europa-strategin har bidragit till att de hälsopolitiska jämlikhetsfrågorna i allt fler länder finns allt högre upp på den politiska och professionella dagordningen.
- Alla människor skall ha möjlighet "att utveckla och använda sin egen förmåga att förverkliga sitt liv socialt, ekonomiskt och mentalt". En av grundpelarna i WHO-strategin är således att öka medborgarnas möjligheter (makt) att påverka hälsans villkor såväl i

ett samhälls- som individperspektiv. Speciell uppmärksamhet skall enligt strategin ägnas åt socialt och ekonomiskt utsatta grupper samt människor med funktionshinder.

- Fred och en ekonomisk utveckling som främjar hälsa och välfärd är ett tredje övergripande mål. Betydelsen av den ekonomiska politikens inriktning ur ett folkhälsoperspektiv belyses.

Mål med riskperspektiv

WHO-strategin omfattar dels ett antal specifika mål som gäller olika miljörelaterade hälsorisker, dels mål beträffande olika beroendeframkallande produkter.

De miljörelaterade hälsomålen uttrycks i termer av bl.a. rent vatten, ren luft, hög livsmedelskvalitet samt en effektiv övervakning vad avser hälsorisker från miljöfarligt avfall och markföroreningar.

Minskad konsumtion av alkohol, tobak och psykoaktiva droger utgör en annan central del av WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa. De mål som formulerats i termer av minskat bruk följs också upp med speciella, relativt omfattande, separata hälsopolitiska handlingsprogram.

Sjukdomsinriktade mål

De sjukdomsspecifika målen omfattar sammanvägda hälsomått (t.ex. medellivslängd), grupper av sjukdomar (t.ex. kroniska resp. smittsamma sjukdomar) och specifika sjukdomar. Beträffande de smittsamma sjukdomarna är t.ex. målet att det år 2000 inte skall förekomma några inhemska fall av polio, mässling, påssjuka, medfödd röda hund och difteri samt stelkramp under nyföddhetstiden.

De sjukdomsspecifika målen anger bl.a. att hjärt-kärlsjukdomarna skall ha minskat med minst 15 procent mellan år 1980 och år 2000 samt att dödligheten i cancer i resp. åldersgrupp skall ha minskat med minst 15 procent. Vidare anges att skador, invaliditet och dödsfall uppkomna genom olyckor skall reduceras med minst 25 procent och att det år 2000 skall finnas en stabil och fortlöpande minskning av psykiska störningar.

Målgruppsinriktade strategier

Hfa-strategin för Europa har speciella hälsopolitiska mål för barn och ungdom samt kvinnor. Dessa mål är dock relativt allmänt hållna.

Arenor för folkhälsoarbetet

WHO-strategin utgår från att hälso- och sjukvården utgör en självklar och viktig drivkraft för att förverkliga hälsomålen. Ett antal mål inriktas också mot hälso- och sjukvårdens roll och ansvar t.ex. vad avser en väl utbyggd primärvård med ett brett utbud av hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande tjänster.

WHO-strategin betonar även betydelsen av andra arenor för folkhälsoarbetet som skolan, arbetsplatsen, bostadsområdet och hemmet.

Förutsättningar för folkhälsoarbetet

Hfa-strategin lyfter speciellt fram behovet av ökad kunskap och medvetenhet om hälsans bestämningsfaktorer både i ett samhällsinriktat och individuellt perspektiv, inte minst bland olika professionella grupper inom hälso- och sjukvården. Vidare betonas betydelsen av en förvaltningsstruktur som kan samordna genomförandet och uppföljningen av Hfa-strategin på nationell nivå samt att folkhälsopolitiken måste vara demokratiskt förankrad och bygga på en bred och aktiv medverkan från en mängd institutioner och grupper såväl inom offentlig sektor och näringsliv som frivilliga organisationer.

Uppföljning och utvärdering

De periodiska uppföljningar och utvärderingar som görs av Hfa-strategin är erfarenhetsmässigt av betydelse såväl i de länder som utformat specifika mål som i de länder där denna typ av explicita folkhälsomål helt eller delvis saknas.

Under hösten/vintern 1996–97 genomfördes en utvärdering inom Europaregionen utifrån de 38 mål som uppställts för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet.

Den svenska uppföljningsrapporten till WHO, "Folkhälsoarbetets utveckling i Sverige" (Ds 1997:62), ger en relativt ingående bild av i vilken utsträckning de angivna målen kommer att kunna uppfyllas.

Inga eller mycket små framsteg har enligt denna uppföljning gjorts bl.a. när det gäller att minska de sociala skillnaderna i ohälsa och förbättra livskvaliteten. Vidare konstateras att mycket små framsteg gjorts vad avser att uppnå minskad alkoholkonsumtion. Den dominerande trenden för svensk del är dock – med dessa viktiga undantag – att goda framsteg gjorts med att förverkliga de olika Hfa-målen.

5.2 EU:s folkhälsopolitik

Bakgrund

Hälsopolitiska frågor blev i och med Maastricht-fördraget ett av EU:s formella samarbetsområden. Fördraget betonar att det hälsopolitiska samarbetet inom artikel 129 skall fungera som ett komplement till medlemsländernas politik.

Stora delar av EU:s politik och verksamhet är av betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. I "Strategi för Sveriges EG-arbete i frågor som gäller folkhälsa och hälso- och sjukvård" (Ds 1997:4) konstateras t.ex. att "utformningen av direktiv som rör den inre marknaden kan ha betydelse för hälsan. EU har befogenhet att utfärda direktiv om t.ex. punktskattebestämmelser för alkohol och tobak, förbud mot reklam och reglering kring arbetsmiljö och trafiksäkerhet". "Inom andra politikområden kan t.ex. jordbruksstödet och strukturfonderna ha betydelse för hälsoutvecklingen. Inom forskningsområdet finns möjligheter att stödja forskning och utveckling som kan ha betydelse för hälsan."

I praktiken måste givetvis hälsoaspekter ofta vägas mot andra mål och intressen. EU:s hälsopolitik får därigenom både positiva och negativa effekter på folkhälsan. Ett aktuellt exempel på en målkonflikt ur ett hälsopolitiskt perspektiv är EU:s mycket omfattande subventioner (ca 8 miljarder kr per år) till tobaksodling. Samtidigt bedrivs inom EU ett arbete för att minska tobakskonsumtionen och tobakens skadeverkningar, bl.a. i anslutning till det speciella programmet för att förebygga cancer och genom beslut att förbjuda tobaksreklam. Liknande målkonflikter finns när det gäller pris och tillgänglighet vad avser alkohol, subventionering av feta mejeriprodukter samt en politik vad gäller frukt och grönsaker som kraftigt höjer konsumentpriset på dessa produkter.

EU har inte några samlade explicita hälsopolitiska mål uttryckta i termer av förbättrad hälsa eller minskade hälsorisker. Huvudlinjen är snarare att beslut och insatser inte skall ha negativa effekter ur ett hälsoperspektiv. Denna hälsoskyddslinje återspeglas också i den årliga rapport från kommissionen som belyser hur hälsoaspekter integrerats i olika politikområden.

Enligt den svenska policy som Socialdepartementet lagt fram bör denna samlade beskrivning av EU:s verksamhet ur ett folkhälsoperspektiv utvecklas till en framtidsinriktad strategi för bättre folkhälsa inom gemenskapen. Ett inslag i arbetet med det nya ramverket bör enligt den svenska synen på EU:s folkhälsopolitik vara att beskriva de europeiska sambanden mellan t.ex. hälsa och ekonomi med hänsyn tagen till jämställdhet och jämlikhet i hälsa. Vidare betonas betydelsen av att EU – liksom i WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa –

fastställer vissa övergripande folkhälsomål för sin verksamhet. "Genom en ny inriktning för EU:s folkhälsoarbete skulle ... ett framåtsyftande helhetsperspektiv på EU:s folkhälsofrämjande insatser inom alla politikområden kunna erhållas.." "Vidare kan målkonflikter i unionens politiska beslutsprocess tydliggöras och de ömsesidiga samband som gäller mellan t.ex. ekonomisk tillväxt, förändringar i välfärdspolitiken och folkhälsa klargöras."

Inom ramen för denna samlade folkhälsopolitik betonas speciellt i den svenska strategin betydelsen av ett samlat agerande för att minska tobakskonsumtionen, alkoholens skadeverkningar och narkotikabruket.

Specifika folkhälsoprogram

Inom EU finns bl.a. följande specifika folkhälsoprogram:

Cancerprogrammet med en femårsbudget (1996–2000) på 64 miljoner ECU och som omfattar insatser som bl.a. inriktas mot information, forskning, hälsoupplýsning samt tidig upptäckt. Folkhälsoinstitutet är svensk kontaktpunkt för cancerprogrammet.

Aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Europe Against Aids startade år 1991 och år 1996 utvidgades detta program till att omfatta även vissa andra smittsamma sjukdomar. Femårsbudgeten är på 49,6 miljoner ECU och insatserna inriktas bl.a. mot övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar, smittskyddsåtgärder, information, undervisning och utbildning samt stöd till hiv-smittade och aidssjuka. Smittskyddsinstitutet är svensk kontaktpunkt för detta program.

Program för hälsofrämjande insatser, information och utbildning. Målet för detta program är att bidra till att säkerställa en hög hälso-skyddsnivå genom insatser för att bl.a. främja hälsoupplýsning, multi-sektoriella folkhälsoinsatser samt erfarenhetsutbyte. Budgeten för programmets femårsperiod (1996–2000) omfattar 35 miljoner ECU. Folkhälsoinstitutet är svensk kontaktpunkt för detta program.

Narkotikapreventionsprogrammet som antogs år 1996 syftar bl.a. till att öka kunskapen om problem och konsekvenser som är förknippade med narkotikaberoende samt bidra till att förbättra information och utbildning för att förebygga bruk av narkotika. Svensk kontaktpunkt för detta program är Folkhälsoinstitutet.

Inom EU:s biomedicinska forskningsprogram är ett av åtta delområden folkhälsoforskning inkl. vårdforskning med en tvåårsbudget (1995/96 – 96/97) på närmare 300 miljoner kronor. Utöver den svenska representationen i dessa folkhälsoprogram finns även svensk medverkan i ett antal andra hälsoinriktade arbetsgrupper och kommittéer t.ex. när det gäller insatser för att förebygga skador och utveckla hälso-

främjande skolor samt i den verksamhet som bedrivs vid det europeiska narkotikaobservatoriet.

EU:s regeringskonferens

Vid EU:s regeringskonferens i Amsterdam i juni 1997 omarbetades Maastrichtfördragets artikel 129 om folkhälsa. Ett intryck är att artikeln genom omarbetningen både skärps och utökas. Inledningsvis sägs "att en hög nivå till skydd för människors hälsa skall säkerställas både till innebörd och genomförande av all policy och samtliga insatser från den europeiska gemenskapens sida". I den omarbetade fördragstexten ställs också krav på medlemsländerna att tillsammans med EU-kommissionen samordna sina policier och program som rör olika förebyggande insatser. Utvidgningen av artikeln har i hög grad en biologisk inriktning. Den handlar bl.a. om standardisering av blodprodukter och insatser för att stärka det veterinärmedicinska skyddet. Den omarbetade artikeln träder i kraft efter det att den ratificerats av alla medlemsländer, vilket troligen inte blir förrän till årsskiftet 1998/99.

5.3 Nationella folkhälsomål och strategier i några länder

Finland

Finland är ett av de länder som utvecklat sin hälsopolitik utifrån de mål och riktlinjer som anges i WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa.

Ett viktigt dokument i detta utvecklingsarbete är 1996 års Folkhälsorapport som omfattar dels en beskrivning och analys av hälsoutvecklingen i ett historiskt perspektiv, dels en del inriktad mot framtiden, multisektoriella insatser och deras betydelse ur ett folkhälsoperspektiv.

Den finska Folkhälsorapporten bildar en bas för formulering och beslut om den finska folkhälsopolitiken. I rapporten ges även vissa förslag vad avser Finlands folkhälsopolicy inom t.ex. WHO och EU. Beträffande EU:s hälsopolitik betonas bl.a. vikten av en samlad strategi inriktad mot hälsans bestämningsfaktorer snarare än sjukdomsspecifika program. Vidare betonas vikten av att prioritera insatser för att minska de sociala skillnaderna i ohälsa och utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar av t.ex. ekonomiska och strukturella förändringar.

En central utgångspunkt för denna finska folkhälsostrategi är en redovisning av samband mellan samhällsutveckling och folkhälsa (med

fokus bl.a. på arbetslöshet och förändringar i välfärds- och transfereeringssystemen) samt en redovisning av olika departements hälsopolitiska roll och ansvar. Genom denna redovisning tydliggörs hur folkhälsofrågorna förutsätter ett aktivt engagemang från nära nog alla departement och därmed också behovet av en samlad nationell folkhälsopolitik.

Utöver denna redovisning lyfts ett antal speciella tvärspektoriella folkhälsoprogram fram dels i ett riskperspektiv (tobak, alkohol, narkotika), dels i ett sjukdomsperspektiv (bl.a. psykisk ohälsa, sexuell hälsa och skador). Vidare redovisas de positiva erfarenheterna av de senaste 15 årens tvärspektoriella samarbete för att främja ur hälsosynpunkt goda matvanor.

Speciell uppmärksamhet ägnas de sociala skillnaderna i ohälsa. Ett forskningsprogram kring ohälsans sociala etiologi har initierats liksom extra forskningsmedel för att studera hälsokonsekvenserna av ekonomiska problem och ökad social marginalisering.

Den finska folkhälsostrategin beskriver även hur tvärspektoriella samverkansformer växt fram både på nationell och lokal nivå. De gemensamma hälsopolitiska målen – som varit föremål för behandling i den finska riksdagen – har bidragit till en ökad samverkan mellan olika samhällssektorer. De har också stimulerat det systematiska utvecklingsarbete som bedrivits av Social- och hälsoministeriet tillsammans med berörda kommuner för att vidareutveckla lokala och regionala samverkansformer för folkhälsoarbetet.

England

"The health of the Nation" är namnet på den engelska folkhälsostrategi som togs fram i början av 1990-talet och som stimulerade till en bred och konstruktiv debatt. En ny folkhälsostrategi håller nu på att tas fram med speciell fokus på insatser som främjar en positiv hälsoutveckling bland dem som löper störst risk att drabbas av ohälsa och förtida död. Den tidigare strategin har därför minskat i betydelse varför den endast mycket kortfattat belyses nedan.

Karakteristiskt för "The health of the Nation" som den presenterades i början av 1990-talet var att den nära nog helt utgick från ett sjukdomsperspektiv med fokus på kranskärslsjukdomar och slaganfall, cancer, psykisk ohälsa, hiv/aids och sexuell hälsa samt skador. De hälsopolitiska målen formulerades ofta i termer av procentuella minskningar av dödlighet och sjuklighet under en tioårsperiod.

Strategierna för att förverkliga dessa mål fokuserade på förändringar när det gäller dominerande riskfaktorer som rökning men utan att närmare analysera hur dessa förändringar skulle kunna genomföras. Huvudstrategin för de folkhälsoinsatser som aktualiseras är olika former av hälsoupplýsning.

Hälso- och sjukvården ges en viktig roll för att i samverkan med andra organ och frivilliga organisationer genomföra denna hälsopolitiska strategi. Mot denna bakgrund anges bl.a. att de regionala hälso- och sjukvårdsorganisationerna (Regional Health Authorities) skall utveckla lokala hälso- och servicemål, utveckla investeringsplaner för att uppnå de angivna målen, intensivifiera sina hälsoupplýsningssatser samt utveckla samarbetsformer med andra organ och frivilliga organisationer.

Speciell uppmärksamhet ägnas möjligheterna att utifrån ett patient-, medborgar- resp. professionellt medicinskt perspektiv utveckla resultatredovisningar från hälso- och sjukvården som kan relateras till verksamhetens mål, dvs. uttryckas i termer av bättre hälsa och vårdkvalitet etc.

Holland

Den holländska folkhälsopolitiken baseras bl.a. på en folkhälsorapport (Public Health – Status and Forecasts) som omfattar såväl ett historiskt som ett framtidsperspektiv. Genom att folkhälsorapporten även omfattar framtidsinriktade epidemiologiska analyser ger den ett bra underlag för att bedöma olika möjligheter att påverka hälsoutvecklingen.

Den holländska regeringens hälsopolitik har redovisats i ett speciellt policydokument ("Healthy and Sound – Framework for Health Policy 1995 – 1998") som omfattar både multisektoriella folkhälsoinsatser och riktlinjer för att säkerställa en god sjukvård på lika villkor för hela befolkningen.

De övergripande målen för denna hälsopolitiska strategi uttrycks i termer av att lägga friska år till livet, förhindra tidiga dödsfall samt att förbättra livskvaliteten för dem som lever med olika funktionshinder och långvariga sjukdomar. De hälsopolitiska jämlikhetsfrågorna ges hög prioritet t.ex. genom insatser för att förbättra hälsans villkor för vissa socialt utsatta invandrargrupper och de hemlösa.

Sjukdomsspecifika hälsopolitiska handlingsprogram redovisas för skador och kroniska sjukdomar. Inom ramen för de skadeförebyggande insatserna betonas speciellt olycksfall bland barn och äldre liksom insatser för ökad säkerhet "på gator och torg". I strategin redovisas även

bedömningar av resursbehov för att genomföra dessa handlingsprogram.

Riskperspektivet utgör en viktig del av den holländska hälsostrategin genom att ange en rad konkreta åtgärder för att bl.a. minska tobaksbruket och förbättra kost- och dryckesvanor framför allt genom hälsoupplysning och förbättrad information till konsumenterna om olika produkters innehåll. Finansiella resurser för dessa insatser anges i strategin.

Folkhälsoarbetets struktur och organisation redovisas även i strategin där hälsoministern bl.a. betonar att statliga och kommunala organ har ett ansvar att finansiera befolkningsinriktade hälsofrämjande och förebyggande insatser. Vidare framhålls att allmänläkare, förutom hälsoupplysning i samband med patientkontakten, har ett ansvar att medverka i samlade preventiva program.

U S A

Nationella hälsomål har sedan början av 1980-talet presenterats och följts upp inom ramen för det s.k. Healthy people-programmet. Dessa mål baseras i hög grad på vetenskapliga bedömningar av olika möjliga förändringar av hälso- resp. riskpanoramata. Tusentals experter har medverkat för att ta fram underlaget till dessa mål. Uppföljningarna håller också en mycket hög epidemiologisk standard. Den politiska förankringen av målen är dock inte helt klar och inte heller förutsättningarna för att i praktiken förverkliga strategins intentioner.

Det övergripande målet för denna folkhälsostrategi är att bidra till en god och jämlikare hälsoutveckling. Mot denna bakgrund anges målen i termer av såväl förbättringar för befolkningen som helhet som i termer av minskade sociala skillnader i ohälsa och lika tillgång till förebyggande och hälsofrämjande insatser för alla. Detta jämlikhetsperspektiv konkretiseras genom att strategin genomgående anger mål för olika befolkningsgrupper.

Healthy people-strategin utgår både från ett sjukdoms- och ett riskperspektiv. Sjukdomsspecifika mål anges bl.a. för hjärt-kärlsjukdomar och slaganfall, cancer, diabetes, hiv, skador samt för sjukdomar relaterade till olika orsaksfaktorer som arbetsrelaterade sjukdomar, miljörelaterade sjukdomar och livsmedelsrelaterad ohälsa. För varje sjukdomsgrupp redovisas relativt ingående omfattning, utvecklingstrender, orsaker, fördelning, kvantifierade mål och åtgärdsförslag.

I ett risk- resp. friskfaktorsperspektiv fokuseras bl.a. på de positiva hälsoeffekterna av fysisk aktivitet, hälsosamma kostvanor, minskat tobaksbruk och riskerna med alkohol och droger. Även i detta perspektiv

anges målen i kvantitativa termer för olika befolkningsgrupper, t.ex. hur andelen rökare bland akademiker, arbetare, olika etniska grupper och olika speciella högriskgrupper (t.ex. gravida kvinnor) skall förändras under en 10–15-årsperiod.

Den amerikanska strategin utgår i hög grad från ett individ- och familjeinriktat perspektiv när det gäller förverkligandet av målen. Hälsoupplysning blir därmed en helt central del i detta arbete med dess inriktning mot beteendeförändringar. Lokala folkhälsoprogram där aktörerna i första hand är frivilliga organisationer, skolan, massmedia, företag och olika typer av självhjälpsgrupper utgör en annan viktig del i denna folkhälsostrategi.

Hälso- och sjukvårdssektorn beskrivs som en av de viktigaste drivkrafterna i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet både när det gäller hälsoupplysning och andra preventiva insatser. Ett nära samarbete förordas mellan medicinskt utbildad personal, lärare, socialarbetare, administratörer och andra yrkesgrupper som i sin verksamhet kan integrera hälsoupplysning till medborgarna. Detta kräver förbättrad pedagogisk utbildning av sjukvårdspersonalen liksom ökat teamarbete.

Statens roll beskrivs i denna strategi framför allt i termer av att stifta lagar som t.ex. påverkar sjukvården, miljön, jordbruket och utbildningssystemet. Federala, delstatliga och lokala organ har också en viktig roll som initiativtagare och samordnare när det gäller olika typer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Vidare betonas statens ansvar för forskning och utvecklingsarbete när det gäller att identifiera effektiva insatser och program. Det är även ett offentligt ansvar att följa och analysera hälso- och riskutvecklingen samt svara för uppföljning och utvärdering av hälsopolitiska mål och strategier.

En jämförande analys

Skillnaderna är stora när det gäller inriktning och grad av konkretisering i de nationella hälsomål och strategier som redovisats ovan. Vissa strategier, som den holländska, finländska och amerikanska, har en relativt bred ansats som omfattar såväl ett risk- och frisk- som ett sjukdomsperspektiv. Den engelska strategin utgår initialt helt från ett sjukdomsperspektiv. Flertalet strategier fokuserar på hälsopolitiska jämlikhetsfrågor och behovet av att förbättra hälsans villkor för socialt och ekonomiskt utsatta grupper. I andra strategier är detta ett marginellt eller icke aktualiserat problem.

Det finns även stora skillnader vad avser valet av medel för att uppnå de angivna målen. Vissa strategier (EU, England, USA) utgår i hög grad från att folkhälsoarbetet primärt bör inriktas mot att förändra

levnadsvanor och beteenden och att man därför bör ge hög prioritet åt olika former av hälsoupplýsning. Andra strategier (WHO-Hfa, Holland, Finland) betonar snarare betydelsen av samhällsinriktade insatser, kompletterade med hälsoupplýsning. Dessa skillnader illustreras i tabellerna 5.1 och 5.2.

Tabell 5.1 Målperspektiv i olika strategidokument

Mål

Strategi-dokument	Sjukdoms-specifika mål	Riskrelaterade mål	Jämlikhetsmål	Mål/riktlinjer för olika arenor
WHO-Hfa	XX	XX	XX	X
EU	XXX	X	–	X
Finland	X	XX	XX	XX
Holland	XX	XX	XX	X
England	XXX	–	–	X
USA	XX	XX	XXX	X

Teckenförklaring: XXX = Helt dominerande målperspektiv
 XX = Vanlig men inte helt dominerande målperspektiv
 X = Enstaka mål formulerade i detta målperspektiv
 – = Inga mål med denna fokusering

Tabell 5.2 Åtgärdsinriktning i olika strategidokument

Åtgärder

Strategi-dokument	Individ (beteende, hälsoupplýsning)	Lokalsamhälle (community actions)	Samhällsutveckling (strukturella faktorer)
WHO-hfa	XX	X	XX
EU	XXX	X	–
Finland	X	XX	XXX
Holland	XX	XX	XX
England	XXX	X	–
USA	XXX	XX	X

Teckenförklaring: XXX = Helt dominerande åtgärdsinriktning
 XX = Vanlig men inte helt dominerande åtgärdsinriktning
 X = Enstaka åtgärder med denna inriktning
 – = Nära nog inga eller inga åtgärder av denna typ

Tabellerna försöker ge en nulägesbild på basis av de olika internationella och nationella strategier som redovisats ovan. Det finns dock starka skäl att betona att denna bild förändras över tiden. Den nya WHO-strategin kommer sannolikt att i högre grad än den nuvarande inriktas mot hälsans bestämningsfaktorer samtidigt som åtgärds-perspektivet blir mer samhällsinriktat. En än större förändring kommer sannolikt att ske när det gäller den engelska folkhälsostrategin med en mycket stark markering av jämlikhetsmålen och samhällsinriktade insatser.

6 Hur står det till med folkhälsan i Sverige? – en beskrivning

Innehållet i korthet: 1990-talet har inneburit ett trendbrott i många avseenden i fråga om befolkningens välfärdsutveckling. År 1996 saknade 685 000 fler personer sysselsättning än år 1990. Hushållens disponibla inkomster har minskat. De grupper som redan hade det besvärligt under 1980-talet har fått det ännu besvärligare, framför allt ungdomar, ensamstående föräldrar, långvarigt sjuka och vissa invandrargrupper. Andelen fattiga har mer än fördubblats mellan åren 1990 och 1995.

Levnadsvanor är ofta relaterade till individens livsvillkor. Vid en internationell jämförelse tillhör Sverige länder med låg andel rökare och narkotikamissbrukare och låg alkoholkonsumtion. Andelen rökare minskar stadigt i Sverige bland båda könen, dock snabbare bland männen. Rökning är dubbelt så vanligt bland arbetare som bland tjänstemän. Mellan åren 1992 och 1996 ökade andelen ungdomar med narkotikaerfarenheter. Jämfört med 1980-talet äter vi i dag mer grönsaker och rotfrukter. Konsumtionen av matfett minskar. Kvinnor har bättre kostvanor än män och barn. Ungdomar har i vissa avseenden bättre kostvanor än vuxna.

Under 1990-talet har medellivslängden ökat kraftigt för framför allt män. Nästan hela ökningen förklaras av nedgången av dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Under en lång följd av år har dödligheten sjunkit också i skador och alkoholrelaterade sjukdomar. Under 90-talet har den självrapporterade psykiska hälsan försämrats kraftigt i befolkningen. Försämringen av det psykiska välbefinnandet gäller barn och vuxna från alla socioekonomiska grupper, men framför allt personer med arbetarbakgrund. Andelen överviktiga ökar stadigt både bland barn, ungdomar och vuxna. Övervikt är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Allergier är ett annat folkhälsoproblem som blir allt vanligare. Drygt en tredjedel av den vuxna befolkningen uppger att de har någon form av allergi eller överkänslighet.

Genomgående, oberoende av hur hälsa, sjuklighet och dödlighet mäts, kvarstår stora skillnader i ohälsa mellan olika sociala grupper i Sverige. Dessa skillnader varierar mellan män och kvinnor, mellan olika åldersgrupper, sjukdomsgrupper och mellan regioner. Vidare ansamlas riskfaktorer för sjukdomar oftare hos arbetare än hos tjänstemän. De sociala skillnaderna är generellt större i storstäder än i mindre tätbebyggda områden. Skillnader i hälsa och livsstil mellan vissa invandrargrupper och svenskar är anmärkningsvärt stora.

6.1 Inledning

Beskrivning och analys av förhållanden i befolkningens hälsoutveckling, dess orsaker och konsekvenser samt hur viktiga riskfaktorer för ohälsa förändras över tiden i olika befolkningsgrupper är av stor betydelse som underlag för utformningen av hälsopolitiska mål och strategier.

Sådana beskrivningar och analyser redovisas regelbundet i nationella rapporter om folkhälsa (Folkhälsorapport) samt om sociala förhållanden (Social rapport). Folkhälsorapporten och Sociala rapporten kompletterar varandra genom att dessa tillsammans belyser villkoren för och utvecklingen av befolkningens hälsa och sociala situation.

I detta kapitel redogörs kortfattat för de viktigaste fynden i framför allt Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 1997* och *Sociala rapport 1997* samt Statistiska centralbyråns rapport om *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. I redovisningen tas även med viktiga resultat från andra källor¹ och undersökningar om speciella frågeställningar, t.ex. undersökningar om specifika invandrargrupper hälsa. Redovisningen fokuseras framför allt på en beskrivning av de viktigaste tendenserna vad gäller förändringar i befolkningens välfärd och livsvillkor, levnadsvanor och hälsotillstånd. Hälsoutvecklingen och riskpanoramats beskrivs för barn, ungdomar, yrkesaktiva och äldre. Avslutningsvis redogörs för ojämlikhet i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, män och kvinnor, regioner och etniska grupper.

En allsidig beskrivning av befolkningens hälsotillstånd och hälsoutveckling bör inkludera samtliga dessa perspektiv för att kunna

¹ Källor, andra än Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997 och Social rapport 1997 samt Statistiska centralbyråns Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995, redovisas i fotnoter.

synliggöra dels individers hälsoproblem och risker, dels ohälsans mönster i befolkningen. Hälsopolitiska mål och strategier utformas olika beroende på valet av perspektiv. Samtliga perspektiv har både för- och nackdelar som måste vägas samman för att det skall vara möjligt att göra adekvata val för målformuleringar och strategier (se vidare avsnitt 8.5).

6.2 Velfärdens och livsvillkorens utveckling

Samhällets organisation och funktionssätt påverkar vilka hälsorisker vi utsätts för och har därmed stor betydelse för befolkningens hälsa. Historien har visat vilken stor betydelse den ekonomiska och sociala utvecklingen samt fördelningen av välfärden har haft för folkhälsan. Så har exempelvis bättre hygien och kost, förbättrade livsvillkor och arbetsmiljöer, förbättrad utbildningsnivå, bättre boendestandard samt medicinskt förebyggande insatser varit avgörande för en bättre folkhälsa generellt sett. Samtidigt är det också uppenbart, att de individer som har de sämsta arbetena, inkomsterna, bostäderna och utbildningarna tenderar att ha sämst hälsa.

De starka sambanden mellan befolkningens sociala förhållanden, livsvillkor och hälsa är väl dokumenterade i den vetenskapliga litteraturen. Orsakskedjorna verkar oftast i båda riktningarna. För det första kan sociala förhållanden leda till ohälsa. T.ex. kan dålig arbetsmiljö resultera i belastningssjukdomar. Vidare kan arbetslöshet leda till ökad stress samt hälsofarliga beteenden. För det andra kan ohälsa leda till sociala problem. Psykisk ohälsa kan t.ex. resultera i att man ställs utanför arbetslivet med sämre inkomster och försämrat socialt nätverk som följd.

Att följa förändringar i befolkningens levnadsförhållanden och livsvillkor är minst lika viktigt i det hälsopolitiska arbetet som att följa förändringar i befolkningens hälsoutveckling. Signaler om försämrade livsvillkor för vissa befolkningsgrupper kan ofta förutsäga framtida hälsoförsämringar i dessa grupper. Man brukar ofta påpeka att dagens ohälsa återspeglar gårdagens risker. Då är det rimligt att vända på detta och säga att dagens risker ger signaler om morgondagens hälsoproblem. För att kunna bedriva en framgångsrik folkhälsopolitik bör vår uppmärksamhet därför även riktas till förändringar i befolkningens livsvillkor.

I det följande redovisas de viktigaste tendenserna vad gäller förändringar i befolkningens livsvillkor relaterade till *materiell välfärd*

(inkomstutveckling, utbredning av fattigdom och ekonomiska problem, utvecklingen av den materiella levnadsstandarderna samt fördelningen av inkomster och materiell standard mellan olika grupper), *utbildning* (utbildningsnivå och studiedeltagande), *arbetsliv och vardagsliv* (sysselsättning och arbetslöshet, arbetsmiljö, fritid) samt *sociala relationer* (familjeförhållanden och socialt nätverk, trygghet och säkerhet samt politiska resurser). Alla dessa komponenter, som ger en bild av människors levnadsnivå samt levnadsförhållanden, utgör de ramar och strukturer som påverkar individens förutsättningar för ett hälsosamt liv.

Redovisningen nedan baseras på Socialstyrelsens Sociala rapport 1997 samt en analys av välfärdsutvecklingen under perioden 1975–1995 som Statistiska centralbyrån (SCB) nyligen publicerat. SCB:s analys baseras framförallt på uppgifter hämtade från SCB:s årliga intervjuundersökningar av levnadsförhållanden.

6.2.1 Materiell välfärd

Den materiella standarden har givetvis en central ställning i alla välfärdsanalyser. Inkomst är ett viktigt mått på välfärd, även om sambandet mellan hög inkomst och god livskvalitet inte är självklart. Inkomstnivån samvarierar dock ofta med t.ex. materiell konsumtion, boendestandard, förmåga att arbeta, utbildning, god hälsa och möjligheter att betala för rekreation.

- ❑ De disponibla hushållsinkomsterna (inkomst efter skatt och transfereringar) har ökat med ca 18 procent sedan mitten av 1970-talet. Under 1990-talet har den positiva utvecklingen vänt. I samband med den kraftigt ökande arbetslösheten och minskade sysselsättningen minskade de disponibla inkomsterna med 8 procentenheter mellan åren 1990 och 1995.
- ❑ De reala arbetsinkomsterna för heltidsarbetande har bara ökat marginellt sedan år 1975 (+ 3 procent i fast penningvärde).
- ❑ Jämte ungdomar har många ensamstående med barn haft den sämsta inkomstutvecklingen under 1990-talet. Även pensionärsgrupper har haft en ogynnsam inkomstutveckling under denna period.
- ❑ Ojämligheten i inkomstfördelningen minskade fram till början av 1980-talet, men har sedan dess ökat igen. Under 1980-talet var

det framförallt höginkomsttagarna som ökade sina inkomster mer än andra. På 1990-talet halkade låginkomsttagarna efter ännu mer och andelen fattiga ökade. Med fattiga menas personer som lever i hushåll där den disponibla hushållsinkomsten efter skatt och transfereringar understiger Socialstyrelsens socialbidragsnorm gällande fram till år 1996.

- ❑ Ett markant trendbrott med ökande fattigdomskvot inträffade ungefär år 1990 (från 3 procent år 1990 till 7 procent år 1995). Alla socioekonomiska skikt har drabbats mer eller mindre på 90-talet, men arbetare och förtidspensionärer mest. De regionala skillnaderna är i stort sett oförändrade.
- ❑ Den ökande fattigdomen på 90-talet drabbade framför allt barnfamiljerna, särskilt ensamstående föräldrar, mångbarnsföräldrar och unga småbarnsföräldrar.
- ❑ Bland kvinnor och män i åldern 20–29 år ökade fattigdomskvoten påtagligt under 90-talet (6 procent fattiga år 1990 resp. 12 procent år 1995) och generationsklyftorna har därmed vidgats avsevärt.
- ❑ Vid en internationell jämförelse hade däremot Sverige och de andra nordiska länderna fortfarande relativt låga fattigdomskvoter vid mitten av 90-talet.
- ❑ Hushållens ekonomiska problem mätt som likviditet, aktuella betalningsproblem, svårigheter att klara matkontot och hyran samt extremt billiga kostvanor, har ökat kraftigt under 90-talet.² År 1995 hade ca 18 procent av hushållen svårigheter att klara av löpande utgifter. Särskilt invandrare, ensamföräldrar, ungdomar samt grupper med låga inkomster har avsevärt större ekonomiska problem än befolkningen som helhet. Ojämligheten i dessa avseenden mellan olika socioekonomiska grupper har ökat påtagligt under 90-talet.
- ❑ Den materiella standarden (kapitalvaror, bilar och fritidshus) har ökat markant under den senaste 20-årsperioden. Det har emellertid inträffat en tydlig stagnation av ökningstakten mot slutet av 80-talet, och på 90-talet föreligger det i vissa avseenden en reell minskning. Det gäller andelen som har tillgång till bil, tvättma-

² Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

skin, fritidsbåt, husvagn och dagstidning. Standardskillnaderna mellan olika generationer har ökat till ungdomarnas nackdel.

- ❑ Bostadsstandarden i Sverige har i vissa avseenden minskat på 90-talet jämfört med början av 80-talet. Trångboddheten ökade och småhusboendet minskade för befolkningen i sin helhet, mest påtagligt bland ungdomar, barnfamiljer och låginkomstgrupper. Bland samboende i medelåldern har däremot utrymmesstandarden höjts.
- ❑ Den materiella ojämlikheten³ mellan arbetare och tjänstemän på mellan- och hög nivå har stagnerat vid mitten av 80-talet. Generationsskillnaderna har ökat sedan länge, men fördjupades under 90-talet. De regionala skillnaderna i materiell standard är i stort sett oförändrade under de senaste 20 åren.

6.2.2 Utbildning

Utbildning är det viktigaste medlet för individen i konkurrensen om olika positioner i arbetslivet. Kopplingen mellan utbildning och välfärd går i första hand över arbetsmarknaden och arbetslivet. Fördelningen av inkomster mellan de anställda beror i stor utsträckning på den position man har inom arbetslivet. Vid sidan av en ekonomisk nyttoaspekt på individens utbildning betonas även den oegennyttiga bildningsaspekten som bl. a. ökar möjligheten att ta del av det kulturella livet och ger kvalitativt innehåll i olika vardagsaktiviteter.

- ❑ Närmare 60 procent av befolkningen som föddes före år 1940 (folkskolegenerationen) har enbart obligatorisk utbildning, dvs. 5–7 års folkskola. I grundskolegenerationen – födda efter år 1950 – har ca 90 procent någon skolmässig utbildning efter den obligatoriska skolgången, dvs. 9 års grundskola.
- ❑ I både folkskolegenerationen och grundskolegenerationen har 5–7 procent av dem som växt upp på landsbygden resp. 15–17 procent bland dem som växt upp i storstad akademisk utbildning.

³ Den materiella ojämlikheten mäts med ett särskilt sammanfattande ojämlikhetsindex som bygger på olika indikatorer på bostadsstandard och kapitalvaror.

- Social snedrekrytering i skolan, dvs. att barn med vissa sociala ursprung oftare än andra uppnår en högre utbildningsnivå, är påfallande. Vart fjärde barn från högre tjänstemannahem går vidare till universitet, medan detta är fallet för var tionde från lägre medelklass och var tjugofemte från arbetarhem.
- Tidigare under seklet fick män i alla samhällsklasser i genomsnitt mer utbildning än kvinnor. Numera fortsätter kvinnor något oftare än män till teoretiska gymnasiestudier och högskolestudier, medan män fortfarande i högre grad fortsätter till de längsta universitetsutbildningarna. Ändå är sambandet mellan socialt ursprung och utbildning på 1990-talet i stort sett detsamma för båda könen.

6.2.3 Arbetsliv och vardagsliv

Lönearbete spelar en stor roll i våra liv. Genom yrkeslivet erhåller vi inkomster för vår försörjning, blir delaktiga i samhällets aktiviteter, kan utveckla och lära oss nya saker och får kontakt med andra människor. Arbetet ger oss identitet och social status. Arbeta kan alltmer betraktas som en förutsättning för vår hälsa. Många studier har visat att dödligheten är betydligt lägre bland förvärvsarbetande än bland icke förvärvsarbetande i motsvarande åldersgrupp. Hälsoselektionen till arbetsmarknaden, dvs. rekrytering av friska individer, har inte helt kunnat förklara dessa skillnader i dödlighet.⁴

Samtidigt har forskningen kartlagt ett stort antal hälsorisker förknippade med vissa typer av arbetsmiljöer. Det finns många jobb som är monotona, tunga, smutsiga och kännetecknas av hög ergonomisk belastning, kemiska och fysikaliska risker. På senare år har även psykosociala riskfaktorer uppmärksammats, framför allt förekomsten av negativ stress, dvs. höga psykiska krav i kombination med litet beslutsutrymme. Senare års studier visar att arbetslivets psykiska krav ökar, framför allt inom kvinnodominerade yrken. Den könsuppdelade arbetsmarknaden innebär skillnader mellan mäns och kvinnors arbetsvillkor. Män kommer t.ex. oftare i kontakt med oljor och lösningsmedel. De är mer utsatta för vibrationer, buller eller mycket varma miljöer. Kvinnor är mer utsatta för våld, hot och

⁴ Vågerö D, Lahelma E. Women, Work and mortality: An analysis of the relation between female labour force participation and female mortality rates. I: Orth-Gomér K, m.fl (red). *Women, stress and heart disease*. Hillsdale, N.J. Erlbaum 1997.

mobbing. De har också oftare jobb som innebär monotona, upprepade arbetsrörelser och negativ stress.⁵

Det svenska arbetslivet har påtagligt förändrats under senare år. Knappast någon femårsperiod i modernt svenskt arbetsliv har inneburit snabbare, större och delvis mer oväntade förändringar än 1990-talets första hälft. Förändringarna gäller både arbetsmarknad och arbetsorganisation. Det finns en trend mot att allt fler blir tidsbegränsat anställda, särskilt behovsanställda och projektanställda. Projektanställda erbjuds ofta goda möjligheter till utbildning och kan styra det egna arbetet medan behovsanställda och vikarier ofta har sämre villkor. Arbetslivets förändring kan innebära både förbättringar och ökade risker för de anställda. För en del medför dessa förändringar ökat handlingsutrymme och bättre möjligheter till kompetensutveckling. För andra kan förändringarna leda till ohälsosam stress till följd av ökade krav och begränsade kontrollmöjligheter, hög tidspress och övertidsarbete. Personaledskärningar och ökade krav på hög kompetens vid anställning gör att många uteslängs från arbetsmarknaden.⁶

Det finns vetenskapliga belägg för att arbetslöshet påverkar hela hälsopanoramats, från hälsobeteende, symptom på och sociala effekter av sjukdom till kliniskt diagnostiserbar ohälsa och död.⁷ Det psykiska välbefinnandet försämras ofta, sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtion ökar, unga män ökar sin alkoholkonsumtion och unga kvinnor röker mer. Det är också viktigt att uppmärksamma arbetslöshetens indirekta hälsoeffekter. Det är inte enbart de arbetslösa som kan drabbas av arbetslöshetens negativa ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser, utan även de arbetslösas familjer, framför allt barnen.⁸ Ökad arbetslöshet påverkar i hög grad arbetsförhållandena för dem som har arbetet kvar: övertidsarbetet ökar liksom den negativa stressen. Arbetet som innebär trygghet hotas och rädslan för uppsägning tilltar.

⁵ Östlin P. Arbete och kön. I: Järholm B (red). *Arbetsliv och hälsa - en kartläggning*. Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning. Stockholm 1996.

⁶ Aronsson G, Janlert U, Järholm B. Ett föränderligt arbetsliv. I: Järholm B (red). a. a.

⁷ Janlert U. Ökad arbetslöshet - mer missbruk och psykiskt lidande. I: Steineck G (red). *Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1997.

⁸ Winefield AH, Tiggeman M, Winefield HR, Goldney RD. *Growing up with unemployment: A Longitudinal study of its psychological impact*. Routledge. London 1993.

Vid sidan av arbetslivet utgör även fritiden en väsentlig del av vår välfärd. Det kan handla om t.ex. friluftsliv, idrott, kulturella aktiviteter och nöjen.

I det följande redovisas sysselsättningens och arbetslöshetens utveckling under senare år samt arbetsmiljöns utformning. Vidare beskrivs hur den fria tiden används av olika befolkningsgrupper.

Sysselsättning och arbetslöshet

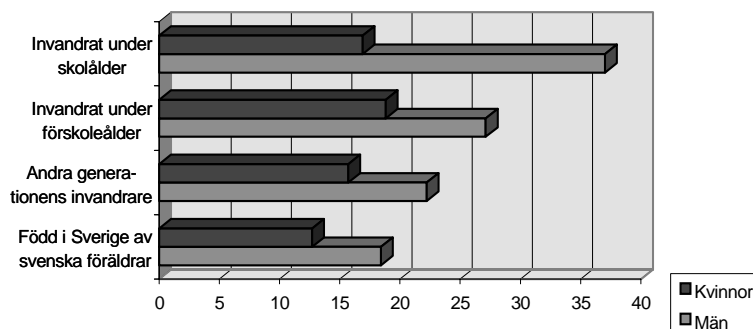
- Från år 1990 till år 1996 minskade antalet sysselsatta med 545 000 personer, samtidigt som antalet personer i arbetsför ålder ökade med 150 000.
- Arbetslösheten drabbar inte alla socioekonomiska grupper lika. År 1995 var arbetslösheten bland arbetare 10,1 procent och bland högre tjänstemän 2,7 procent.
- Kvinnors arbetslöshet har nu passerat männens.
- År 1996 var 30,6 procent (40 000 personer) av utomnordiska medborgare utan arbete. Invandrarungdomar, oavsett social bakgrund, löper betydligt större risk än svenskar att drabbas av långvarig arbetslöshet (figur 6.1).
- Arbetslöshet är en mycket vanlig erfarenhet bland ungdomar som avslutade grundskolan år 1988. Drygt hälften har erfarit arbetslöshet någon gång under tiden 1992–95. Lägst risk för att drabbas av längre perioder av arbetslöshet har barn till högre tjänstemän, företagare och lantbrukare.
- Långvarig arbetslöshet har varit störst för unga bosatta utanför storstadsområdena. Då det gäller hälsan innebär arbetslöshet på landsbygden lägre hälsorisker än arbetslöshet i städer.

Arbetsmiljö

- De psykiska kraven har skärpts inom många branscher och yrken de senaste åren. Denna skärpning är mest markant i omsorg, sjukvård och utbildning. Kvinnor har generellt sett sämre psykosociala arbetsvillkor än män, vilket beror på att de oftare än män har yrken där negativ stress är vanligt. Invandrare är oftare över-

representerade i yrken som kännetecknas av bristfällig psykosocial arbetsmiljö än personer födda i Sverige.

Figur 6.1 Andelen elever som i februari 1995 var arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd. *Efter invandrarstatus.*



Källa: SCB, bearbetning EpC Socialstyrelsens Sociala rapport 1997

- Den fysiska arbetsmiljön har i många avseenden förbättrats. Allt färre utsätts i dag för buller, nedsmutsning, lösningsmedel och bly. De svåra olyckorna har också minskat kraftigt.
- Både kvinnor och män har i allt större utsträckning möjlighet att lära nya saker i arbetet och tycker att arbetet utöver förtjänsten ger personlig tillfredsställelse.

Fritid

- Arbetsdelningen i hushållen är fortfarande starkt könsberoende. Det är framförallt det oavlönade hemarbetet som för kvinnors del inkräktar på den fria tiden. Kvinnors fria tid är, i högre grad än männens, fragmenterad.
- De äldre är allt aktivare på fritiden inom de flesta områden. Fler och fler är ute i skog och mark, går på restaurang och bibliotek, men allt färre går till kyrkan.
- Kulturaktiviteter är starkt klassbundna. Teaterbesökarna kommer framför allt från de övre sociala skikten.

- ❑ 31 procent av männen och 46 procent av kvinnorna läser böcker varje dag. Bland män är detta en nedgång med 6 och bland kvinnor en ökning med 3 procentenheter under de senaste 15 åren. Även biblioteksbesöken har ökat bland kvinnor, men är oförändrade bland män.
- ❑ Friluft- och idrottsintresset ökar. Fritidsfiske är den mest dominerande aktiviteten bland män. Medan utomhusidrotten tycks ha stagnerat under senare delen av 80-talet befinner sig inomhusidrotten på stark frammarsch.
- ❑ Det har skett en kraftig ökning av restaurang-, pub- och kafébesöken sedan 1980-talet.

6.2.4 Sociala relationer

Det sociala nätverket är en del av den sociala miljön och omfattar dels individuella kontakter med familj, vänner, grannar och arbetskamrater, dels individens förhållande till kollektivet, dvs. organisationer, intressegrupper, myndigheter. Människors sociala relationer och deras integration i det sociala livet är av betydelse för uppkomsten av hälsoproblem men också för möjligheten att handskas med redan uppkomna hälsoproblem. Ett stort socialt nätverk behöver inte vara odelat positivt för individen. De positiva effekterna beror på nätverkets förmåga att ge olika typer av socialt stöd – emotionellt, informativt eller materiellt. Sociala relationer kan betraktas som fundamentala mänskliga behov.

I det följande beskrivs utvecklingen av sociala relationer i Sverige under perioden 1975–1995.

- ❑ Ensamboendet ökar och har under 20 år ökat från 16 till 21 procent i åldrarna 16–74 år. Andelen ensamboende har ökat mest för 25–34-åringarna, dvs. en ökning med 12 procentenheter. Detta betyder att en fjärdedel eller 300 000 av Sveriges 1,2 miljoner 25–34-åringar bor ensamma. Vid mitten av 1990-talet bor ca 700 000 män och 600 000 kvinnor ensamma.
- ❑ Hörselnedsättning kan innebära svårigheter med kommunikation med andra människor. I befolkningen som helhet (16–84 år) är det 12 procent som har nedsatt hörsel i sådan utsträckning att de har svårighet att höra samtal mellan flera personer. Sedan mitten

av 1970-talet har en signifikant ökning av gruppen skett från cirka 9 till 12 procent.

- På 1990-talet blev det vanligare att barn har separerade föräldrar. Kontakterna mellan barn och frånvarande fäder har blivit mer frekventa, men det är inte fler fäder som blir ensamma vårdnadshavare efter separationen.
- Män i lägre sociala grupper hamnar oftare utanför familjelivet.
- Ungefär 60 procent av alla vuxna träffar någon anhörig minst en gång i veckan. Ju högre utbildning, desto färre har täta kontakter.
- Grannumgänget har minskat sedan 70-talet för både män och kvinnor. Omkring 30 procent av den vuxna befolkningen träffar och är tillsammans med grannar minst en gång i veckan.
- Ungefär 10 procent av alla vuxna umgås med någon arbetskamrat minst en gång i veckan under fritiden.
- Omkring 25 procent av alla män och 13 procent av alla kvinnor saknar en nära vän. Andelen utan nära vänner har ökat sedan 70-talet.
- Drygt 3,5 miljoner personer är aktiva i någon förening, varav nästan 2 miljoner har något förtroendeuppdrag. Endast 8 procent står helt utanför det svenska föreningslivet.
- Vid mitten av 1990-talet är knappt 10 procent, 600 000 personer, medlemmar i något politiskt parti. Detta är en nedgång med ca 4–5 procentenheter sedan slutet av 70-talet. Nedgången är mest påtaglig i åldrarna mellan 16 och 34 år.
- Även andelen som deltar aktivt inom partipolitisk verksamhet har minskat kraftigt de senaste decennierna, från 5 procent år 1978 till 3 procent år 1995.
- År 1995 var drygt 83 procent av de anställda medlemmar i en fackförening.

6.3 Levnadsvanor

Hälsopolitiken har under en lång tid framför allt inriktats på beteenden som utgör hälsorisker. Det finns således en av tradition relativt väl utvecklad hälsopolitik när det gäller individ- och befolkningsinriktade insatser vad avser i första hand tobaksrökning och alkohol, men även i fråga om kostvanor, motion, sexualvanor och solvanor.

Ett mönster som framträder i analyser av levnadsvanornas förekomst i olika befolkningsgrupper är att vissa ohälsosamma levnadsvanor tenderar att ansamlas hos personer som också är socialt utsatta. Att vara arbetslös, sakna kontantmarginal, ha ett monotont arbete, sakna känsla av sammanhang, vara lågutbildad och/eller att vara arbetare innebär en ökad sannolikhet för att ha flera ohälsosamma levnadsvanor enligt de analyser som redovisas i Folkhälso-rapport 1997. De negativa konsekvenserna av en enskild riskfylld levnadsvana på hälsan, t.ex. rökning, är på grund av synergieffekten större om den uppträder i kombination med andra ohälsosamma levnadsvanor, t.ex. hög alkoholkonsumtion. Analogt kan också sägas att de positiva hälsoeffekterna av en enskild hälsosam levnadsvana, t.ex. regelbunden motion, blir större om man samtidigt har även andra hälsosamma levnadsvanor, t.ex. näringsriktig kost.

Dessa hälsorelaterade beteenden har starkt samband med individens livsvillkor och sociala position. Levnadsvanor som påverkas av t.ex. ekonomiska villkor, arbetslöshet och socioekonomisk tillhörighet brukar kallas för strukturellt betingade levnadsvanor. Dessa typer av riskfyllda levnadsvanor eller beteenden är betydligt vanligare i lägre socioekonomiska grupper och i grupper med låg utbildningsnivå (se vidare avsnitt 8.1).

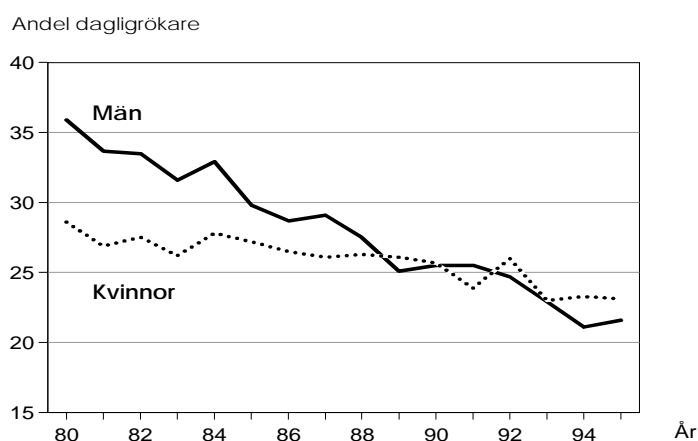
I det följande lämnas en kortfattad redovisning av befolkningens levnadsvanor.

6.3.1 Tobaksvanor

- Andelen rökare minskar stadigt i Sverige bland både kvinnor och män, dock snabbare bland männen.
- Andelen dagligrökare bland kvinnor är i dag större än andelen bland männen (24 procent resp. 22 enligt 1995-års statistik). Könsskillnaderna i rökning är särskilt framträdande bland de yngsta åldersgrupperna (figur 6.2).

- ❑ Andelen dagligrökare har minskat i alla socioekonomiska grupper. För männen har den minskat något mer bland arbetare än bland tjänstemän och för kvinnor har minskningen varit större bland tjänstemännen. Andelen dagligrökare är dock dubbelt så hög bland arbetare, såväl manliga som kvinnliga, som bland tjänstemän.
- ❑ De regionala skillnaderna i rökvanor är betydande. Bland männen varierar andelen dagligrökare mellan 19 procent i Västerbottens län och 29 procent i Malmö kommun. Andelen dagligrökare bland kvinnor är 16 procent på Gotland och 30 procent i Kalmar län.
- ❑ Andelen snusare i åldern 16–84 år är närmare 17 procent bland männen och 0,7 procent bland kvinnorna.

Figur 6.2 Andel dagligrökare bland män och kvinnor, 16–84 år, 1980–1995. Åldersstandardiserat.



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SCB. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

6.3.2 Alkoholvanor

- ❑ Antalet alkoholrelaterade dödsfall i Sverige uppskattas till drygt 5 000 per år. Merparten uppkommer av sjukdomar där alkohol

ökar dödsrisken. Detta gäller vissa cancerformer och slaganfall samt alkoholrelaterade olycksfall och självmord.⁹

- ❑ Andelen elever i årskurs 9 som dricker alkohol motsvarande 5 liter ren alkohol eller mer per år har ökat sedan mitten av 80-talet. 14 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna var högkonsumenter av alkohol enligt en undersökning i Stockholm år 1993.
- ❑ Manliga ej facklärdade arbetare har tre gånger så hög dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar som manliga tjänstemän på mellan-nivå och högre. Kvinnliga ej facklärdade arbetare har dubbelt så hög dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar som kvinnliga tjänstemän på mellan-nivå eller högre.
- ❑ Bland män är risken att bli missbrukare av alkohol högst bland sjömän, städare, servitörer, betongarbetare, truckförare, hårfrisörer, journalister, trädgårdsmästare, gruv- och diversearbetare, sotare, stuveriarbetare och fotografer.¹⁰

6.3.3 Narkotikavanor

- ❑ Enligt en undersökning från år 1992 uppskattas antalet tunga missbrukare i Sverige till mellan 14 000 och 20 000 personer. Betydligt fler män (ca 80 procent av missbrukarna) än kvinnor missbrukar narkotika.¹¹
- ❑ Andelen som har prövat narkotika bland mönstrande 18-åringar och bland skolungdomar i årskurs 9 har ökat under 1990-talet (figur 6.3).
- ❑ Bland vuxna är narkotikamissbruk vanligare bland svenskar än bland invandrare. Hos unga är dock missbruket av narkotika högre bland invandrare, särskilt bland andra generationens invandrare.

⁹ Andréasson S. Primär prevention av alkoholproblem. I: Steineck G (red). a. a.

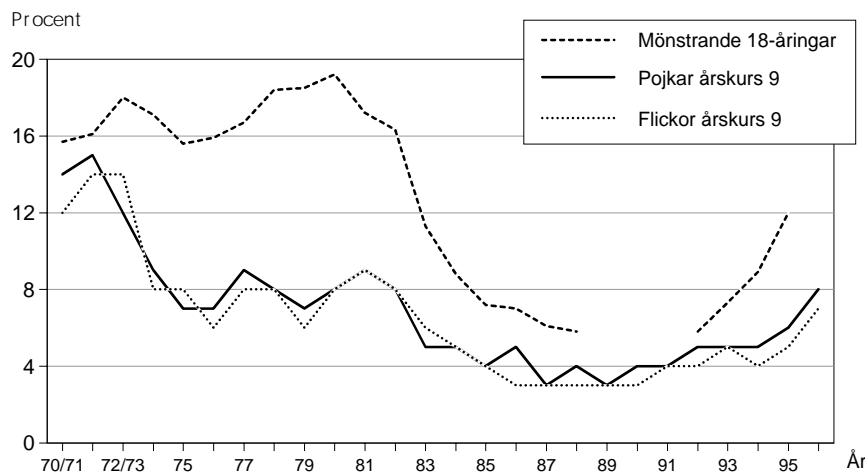
¹⁰ Hemmingsson T, Lundberg I, Romelsjö A, Alfredsson L, Alcoholism in social classes and occupations in Sweden. *International Journal of Epidemiology*. 1997;26:584-591.

¹¹ Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. Stockholm 1992.

6.3.4 Psykofarmaka

- ❑ Under ett år använder mellan 10 och 13 procent av den vuxna befolkningen sömnmedel eller lugnande medel. Mellan 125 000 och 185 000 personer har en mycket stor och långvarig konsumtion av dessa läkemedel.

Figur 6.3. Andel som prövat narkotika bland mönstrande 18-åringar samt bland elever i årskurs 9, 1970–96.



Källa: CAN, Folkhälsoinstitutet. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- ❑ Kvinnor använder betydligt mer sömnmedel och lugnande medel än män. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst i åldrarna över 50 år.
- ❑ Försäljningen av antidepressiva medel har ökat dramatiskt. Ökningen mellan åren 1990 och 1996 motsvarar 270 procent.
- ❑ Göteborgs och Bohus län hade år 1995 den högsta försäljningen av sömnmedel och lugnande medel. Den lägsta försäljningen hade Norrbottens län.
- ❑ Uppgifter saknas om användning av psykofarmaka i olika socioekonomiska grupper samt i olika etniska grupper.

6.3.5 Matvanor

- ❑ Konsumtionen av fett har minskat något i Sverige sedan mitten av 80-talet. Konsumtionen av grönsaker, rotfrukter (utom potatis), frukt och bär, mjöl, pastaprodukter och matbröd har ökat.
- ❑ Kvinnors och mäns matvanor skiljer sig åt i flera avseenden. Enligt olika studier har kvinnor sammantaget bättre matvanor än män.
- ❑ De äldres (70 år och över) matvanor har förändrats avsevärt under de senaste 20 åren. De äter i dag mer färska grönsaker, fullkornsbröd, ris, pasta och magra mjölkprodukter än tidigare.
- ❑ Utbildningsnivån har betydelse för matvanorna, speciellt bland män. Högutbildade kvinnor och män äter mer frukt och grönsaker än lågutbildade.
- ❑ Barn och ungdom har i vissa avseenden bättre matvanor än vuxna. Kostrekommendationerna har i högre grad anammats av ungdomar vad gäller fettintaget. Däremot äter ungdomar mindre frukt och grönsaker än vuxna.
- ❑ Barn från tjänstemannahushåll äter mer grönsaker, rotfrukter och fisk än andra barn. Gymnasieelever som går teoretiska linjer har bättre frukostvanor än elever på praktiska linjer.
- ❑ Rökare tenderar att äta mindre frukt och grönsaker än de som inte röker. Rökare har dessutom mindre möjligheter att tillgodogöra sig antioxidativa ämnen som finns i exempelvis frukt.

6.3.6 Fysisk aktivitet och övervikt

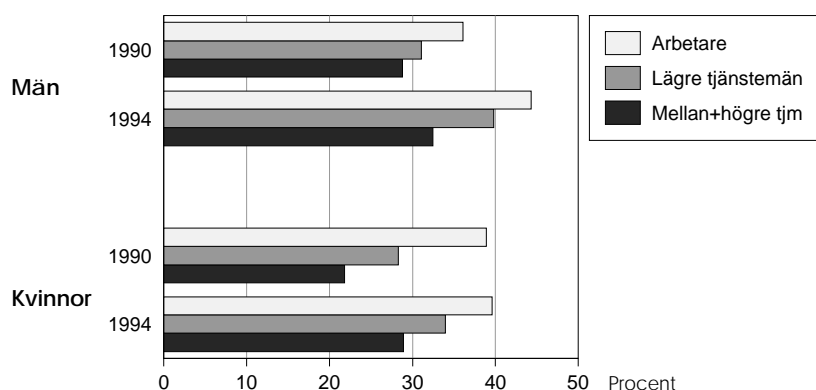
- ❑ I början av 80-talet var andelen personer i åldern 16–74 år som motionerade¹² regelbundet (dvs. en gång i veckan eller oftare) på fritiden ca 50 procent. Motsvarande andel år 1990/91 var 56 procent. Andelen som inte motionerar alls, ca 13 procent, har varit oförändrad sedan början av 1980-talet.¹³

¹² Motion definieras som simning, skidåkning, lätt terränglöpning, raska promenader, cykling eller liknande.

¹³ SOU 1997:188. *Motion och idrott 1997. Idrottsutredningens intervjuundersökning*. Rapport till Idrottsutredningen

- ❑ Arbetare motionerar inte regelbundet i lika stor utsträckning som tjänstemän. Arbetare rör sig dock mer under arbetstid.
- ❑ Andelen överviktiga ökar stadigt både bland kvinnor och män. Vid slutet av 1980-talet var ca 36 procent av både kvinnor och män överviktiga. Undersökningar från Stockholm visar dock att andelen överviktiga i dag är högre bland män än bland kvinnor i alla socioekonomiska grupper (figur 6.4).
- ❑ Andelen överviktiga i åldersgruppen 45–54 år är betydligt större i norra Sverige än i övriga landet.

Figur 6.4 Andel överviktiga i Stockholms län, 20–64 år, efter kön och socioekonomisk grupp. 1990 och 1994.



Källa: Avdelningen för Socialmedicin, Folkhälsoenkäterna 1990 och 1994. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- ❑ Övervikt är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. De socioekonomiska skillnaderna är något större i fråga om kraftig övervikt än för lätt övervikt.
- ❑ Andelen med kraftig övervikt var ca 9 procent för kvinnor och 5 procent för män år 1989.

6.3.7 Solvanor

- Det finns ingen studie om hela svenska folkets solvanor. Kunskapen om solvanornas betydelse för insjuknandet i hudcancer (malignt melanom) har dock initierat ett antal regionala kartläggningar. En undersökning i Stockholms län visar t.ex. att kvinnor solar oftare än män. 46 procent av kvinnorna solade mer än 14 gånger per år, motsvarande andel bland männen är 24 procent. Mellan åren 1990 och 1994 har andelen som solar ofta minskat betydligt.

6.4 Folkhälsans utveckling och fördelning

Folkhälsans utveckling i befolkningen kan mätas på olika sätt. Det traditionella måttet är dödlighetens utveckling generellt och i olika åldrar, som också påverkar förändringar i livslängd. Andra mått kan vara förändringar i förekomst av vissa (ej nödvändigtvis dödliga) sjukdomar, subjektiva hälsobesvär, vårdutnyttjande, utnyttjande av sjukförsäkringssystem och funktionsnedsättningar osv. På senare år har även nya metoder för att sammanfatta hälsoutvecklingen i en befolkning utvecklats, där t.ex. dödlighet och funktionsförmåga uttrycks i ett samlat mått (DALY= Disability Adjusted Life Years). Ett sådant mått kan användas för att beskriva förändringar i tyngden av olika folkhälsoproblem på befolkningsnivå (se vidare kapitel 7).

Att enbart dra slutsatser om befolkningens hälsoutveckling på basis av dödlighetens och medellivslängdens utveckling är otillräckligt. Ökad medellivslängd i en befolkning behöver inte nödvändigtvis betyda en förbättrad hälsa i densamma. Det finns en mängd sjukdomar som mycket väl kan bli vanligare i befolkningen utan att dödligheten, och därmed medellivslängden, påverkas. Detta kan vara fallet då t. ex. sjukdomar med låg dödsrisk ökar (t.ex. allergier, rörelseorganens sjukdomar eller psykisk ohälsa) eller då sjukvårdssatserna minskar dödligheten i vissa typer av sjukdomar, trots att insjuknandet i sjukdomarna är konstant eller t.o.m. ökande.

Folkhälsa handlar dessutom inte enbart om utvecklingen av det generella hälsoläget i befolkningen. Hälsopanoramats utveckling i olika befolkningsgrupper, dvs. hur hälsan är fördelad, är också en viktig aspekt. Sådan kunskap är därför nödvändig för utformandet av olika hälsopolitiska strategier. Ökande medellivslängd, sjunkande dödlighet, nedåtgående trender vad gäller funktionsnedsättningar och subjektiv ohälsa i befolkningen i *genomsnitt*, behöver naturligtvis inte betyda att alla har fått det bättre. Positiva utvecklingstrender

i en befolkning i stort kan skymma sikten för oförändrade eller t.o.m. negativa utvecklingstrender hos vissa grupper i befolkningen.

Man kan möjligen också ifrågasätta den traditionella, dominerande metoden att retrospektivt värdera trender i befolkningens hälsoutveckling genom att fokusera på redan inträffade dödsfall och sjukdomstillstånd. Alternativt bör man i mycket större utsträckning än hittills göra bedömningar (prospektivt) av förväntad hälsoutveckling i befolkningen på basis av den kunskap och de erfarenheter vi i dag har om riskfaktorer och frisk-/skyddsfaktorerers hälsoeffekter, förekomst och fördelning i befolkningen. Sådana analyser är ovanliga i Sverige, men vanliga i t.ex. Holland.

Med dessa tankar "i bagaget", redovisas nu hälsoutvecklingen i befolkningen, såsom den beskrivs i bl.a. *Folkhälsorapport 1997*.

6.4.1 Hälsans utveckling i Sverige i ett internationellt perspektiv

Möjligheterna att genomföra internationella jämförelser i fråga om hälsoutveckling i befolkningen i stort samt i olika befolkningsgrupper är starkt begränsade. Svårigheterna är stora beträffande jämförelser av levnadsförhållanden, livsstil och förekomst av olika riskfaktorer. Svårigheten ligger i att kvalitén hos uppgifterna i de olika länderna varierar och att det i många avseenden saknas jämförbara uppgifter. När det gäller internationella jämförelser av olika indikatorer på hälsa, är uppgifter om dödlighet och dödsorsaker vanligast förekommande, medan tillgången på data vad avser sjuklighet är mer begränsad. Nedan följer några internationella jämförelser i fråga om förekomst av olika riskfaktorer för ohälsa samt dödlighet och sjuklighet.

- Det är stora variationer i alkoholkonsumtionen mellan olika länder. I Frankrike var försäljningen av ren alkohol per invånare, 15 år och äldre, ungefär 14 liter år 1994 att jämföra med 6 liter i Sverige. Bland länderna i EU har Sverige den lägsta registrerade konsumtionen.
- Sverige har lägst andel rökare bland män (22 procent) vid en jämförelse i EU. Andelen rökare bland män är betydligt högre i t.ex. Portugal (55 procent), Grekland (51 procent) och Danmark (46 procent). När det gäller kvinnor i EU, varierar andelen rökare mellan 17 procent (Italien) och 39 procent (Danmark). Sverige

med 24 procent rökande kvinnor intar en mittenposition bland EU-länderna.

- ❑ Bland medlemsländerna i EU har bara Finland, Tyskland och Österrike lägre andel narkotikamissbrukare än Sverige.
- ❑ Medan medellivslängden ökar i de västeuropeiska länderna minskar den i vissa östeuropeiska länder, i synnerhet i Ryssland. Av de nordiska länderna har Sverige den längsta medellivslängden. Både i Sverige och i de andra nordiska länderna ökar mäns medellivslängd snabbare än kvinnors och därmed minskar könsskillnaderna i detta avseende.
- ❑ Preliminära siffror från år 1996 pekar på att Sverige kan ha den lägsta spädbarnsdödligheten i världen.
- ❑ Hjärt-kärl dödligheten minskar kraftigt i Sverige i likhet med t.ex. USA och övriga västeuropeiska länder. I Ryssland, de baltiska länderna och Ungern m.fl. länder har man i stället noterat ökande dödlighet och ökande nivåer av olika riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.
- ❑ Cancerdödligheten i Sverige är låg sett i ett internationellt perspektiv. I de nordiska länderna minskar cancerdödligheten utom i Danmark som år 1995 hade samma höga dödlighet som i början av 1970-talet. Finland är det land där cancerdödligheten minskar mest, medan Ungern, Polen och Ryssland visar en oroväckande ökning.
- ❑ I Sverige är dödligheten i trafiken låg jämfört med andra länder. Av de västeuropeiska länderna har Frankrike tillsammans med Spanien de högsta dödssiffrorna i trafiken. Utvecklingen i Östeuropa är uppseendeväckande med en explosionsartad ökning av antalet döda i trafiken.
- ❑ Norden som helhet har en mycket låg barnadödlighet. I Östeuropa, t. ex. Polen, Tjeckien och Bulgarien, är det ca tre gånger vanligare än i Sverige att barn dör till följd av olycksfall.
- ❑ Allergier bland barn ökar snabbt i hela västvärlden, däribland Sverige. Sverige toppar den internationella listan i fråga om allergiska eksem bland barn med nära 20 procent. Ca 8 procent av

svenska barn i yngre tonåren har astma. I Kina har endast 2 procent av barnen astma medan andelen i Japan är 20 procent.

6.4.2 Medellivslängd

- ❑ Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige. Den genomsnittliga livslängden är för kvinnor 81,5 år och för män 76,5 år enligt 1996 års statistik.
- ❑ Sedan mitten av 1980-talet har svenska mäns livslängd ökat snabbare än kvinnors, och detta är en trend som sannolikt kommer att fortsätta ett par decennier in på nästa sekel.
- ❑ För män i åldern 35–84 år ökar medellivslängden mer bland arbetare än bland tjänstemän. Medellivslängden för tjänstemän i mellan- och högre nivå är dock fortfarande 1,5 år högre än för ej facklärd arbetare i denna åldersgrupp.
- ❑ De sociala skillnaderna bland kvinnor ökar dock: livslängden ökar minst bland ej facklärd arbetare. Skillnaden i medellivslängd mellan kvinnliga tjänstemän på mellan- och högre nivå och ej facklärd arbetare har nästan fördubblats sedan 1981–85.

6.4.3 Dödlighet

- ❑ Dödligheten har minskat i alla åldersgrupper mellan åren 1985 och 1995. Mäns dödlighet i alla åldrar har minskat med 23 procent och kvinnornas med 21 procent. Bland barn i åldrarna 1–14 år har dödligheten halverats under perioden. Sjukligheten och risken att avlida har flyttats allt högre upp i åldrarna.
- ❑ I alla åldrar är dödligheten högre bland män än bland kvinnor, men könsskillnaden är mindre bland barn och bland de äldsta.
- ❑ De sociala skillnaderna i dödlighet är påtagliga och har ökat sedan 1960-talet enligt tidigare studier. Analyser av klasskillnadernas utveckling vad avser dödlighet försvåras avsevärt av att det inte finns några uppgifter baserade på om man är yrkesverksam eller inte. Den kraftiga ökningen av arbetslösheten inträdde år 1991 och den senaste folkräkningen gjordes året dessförinnan (1990). Denna omständighet omöjliggör en tillförlitlig analys av

arbetslöshetens effekter på dödlighet. Jämförelser av dödligheten bland yrkesverksamma ger antagligen en felaktig bild av klassskillnaderna eftersom sannolikheten är stor att just de personer har fått lämna arbetsmarknaden som har nedsatt hälsa. Risken att bli arbetslös är dessutom flerfaldigt större bland arbetare än bland tjänstemän.

- ❑ Om alla i yrkesverksam ålder hade samma risk att dö som högre tjänstemän skulle ca 2 700 liv kunna räddas årligen.

6.4.4 Självskattad hälsa

- ❑ I interjuundersökningar uppger i dag ca 43 procent av männen och 47 procent av kvinnorna i åldrarna 16–84 år att de har någon långvarig sjukdom. Ca 10 procent av männen och 12 procent av kvinnorna har besvär som nedsätter arbetsförmågan i hög grad.
- ❑ Under 1980- och 1990-talen har allt högre andelar uppgett sig ha långvarig sjukdom. Ökningen är lika stor för män som för kvinnor. Bland såväl män som kvinnor mellan 16 och 34 år har andelen ökat med 6–7 procentenheter från år 1975 till år 1995.
- ❑ Manliga arbetare anser mer än dubbelt så ofta som manliga tjänstemän på mellan- och högre nivå att deras hälsa är dålig. 20 procent fler har någon långvarig sjukdom och mer än dubbelt så stor andel har höggradigt nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom.
- ❑ Av kvinnliga arbetare uppger 60 procent fler än kvinnliga tjänstemän på mellan- och högre nivå sitt hälsotillstånd som dåligt, 20 procent fler har någon långvarig sjukdom och det är drygt dubbelt så vanligt att deras arbetsförmåga i hög grad är nedsatt.

6.4.5 De stora "etablerade" folksjukdomarna

I de nationella folkhälsorapporterna har framförallt sex grupper av sjukdomar betraktats som folksjukdomar: hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, tumörsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, skador och allergier. I *Folkhälsorapport 1997* har dessutom infektionssjukdomar och tandhälsa behandlats utförligt.

De folksjukdomar som behandlas nedan har mätts på olika sätt. Det finns sådana tillstånd redovisade som är medicinskt definierade (disease), t.ex. hjärtinfarkt och lungcancer. Sjukdomarna i denna kategori har identifierats genom att mäta fysiologiska förändringar, dvs. de har diagnostiserats i den medicinska praktiska verksamheten. Den andra kategorin av sjukdomar/ohälsa har mätts genom patienters egna rapporter av symptom eller egna bedömningar av hälsotillståndet (illness). Olika värtillstånd och symptom på psykiska åkommor är exempel på denna typ av ohälsa. I detta fall tolkas hälsotillståndet subjektivt där individens erfarenheter och upplevelser avspeglas. Distinktionen mellan dessa två kategorier av sjukdom/ohälsa bör dock ej överdrivas. Det vanligaste är att dessa sammanfaller: somatiska förändringar i kroppen (disease) leder vanligtvis till att man mår dåligt (illness). Men det finns exempel på att fysiologiska förändringar inte leder till att hälsan upplevs som försämrad. Man kan t.ex. ha högt blodtryck utan att man vet om och känner sig dålig av det.

Hjärt- och kärlsjukdomar

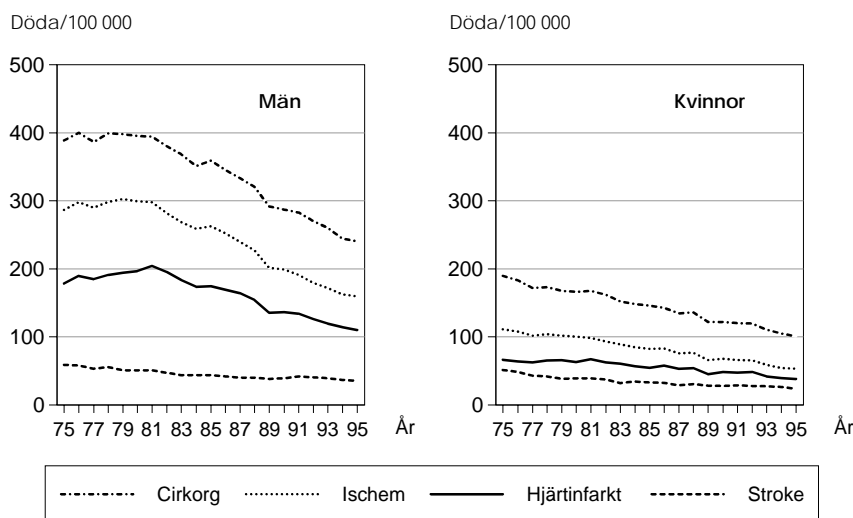
Hjärt-och kärlsjukdomarna är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, liksom i många andra industrialiserade länder, bland både män och kvinnor. Dessa sjukdomar, som framför allt består av sjukdomar i hjärtats kranskärl (inkl. hjärtinfarkt) och sjukdomar i hjärnans kärl (inkl. hjärnblödning), orsakar hälften av alla dödsfall i Sverige. De står för ca 30 procent av alla vårddagar i sluten vård, utgör ca 10 procent av diagnoserna i öppen vård och 11 procent av alla nybeviljade förtidspensioner.

Följande slutsatser kan dras utifrån senare års utveckling av sjukdomen:

- ❑ Såväl insjuknande som dödlighet har minskat under de senaste 25 åren, mest bland män (figur 6.5). Det är framför allt hjärtinfarkterna som minskar. Under perioden 1987–1994 minskade den genomsnittliga dödligheten i hjärtinfarkt för män med 2,5 procent årligen (för kvinnor 2 procent) och insjuknandet med 1,6 procent för män (1 procent för kvinnor).
- ❑ År 1995 fick omkring 22 000 män och 13 000 kvinnor i åldern 30–89 hjärtinfarkt.

- De sociala skillnaderna i förekomst av hjärt-kärlsjukdomar bland män är lika stora nu som i början av 80-talet. Bland kvinnor har de sociala skillnaderna t.o.m. ökat.
- När det gäller dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar ökar de sociala klyftorna bland männen på grund av att dödlighetsminskningen är betydligt kraftigare bland tjänstemän än bland arbetare. Krans-kärldödligheten var under åren 1988–92 närmare två gånger högre bland manliga facklärdade arbetare än bland tjänstemän på mellan- och högre nivå. Bland kvinnor är de sociala skillnaderna också stora. Här är dödligheten dubbelt så hög bland ej facklärdade arbetare som bland tjänstemän (tabell 6.1).

Figur 6.5. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, män och kvinnor, 15–74 år. 1975–1995.



Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- Det finns stora regionala skillnader i såväl insjuknande som dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Dödligheten i krans-kärlssjukdom har varit 40–50 procent högre i norra Sverige och Värmland än i södra Sverige. Under senare år har dock Södermanland och Malmö uppvisat höga frekvenser av hjärt-kärlsjukdomar. Skillnader mellan socioekonomiska grupper kan ej förklara de regionala skillnaderna. Tjänstemän på mellan- och högre nivå i Norr-

botten har t.ex. 24 procent högre dödlighet än arbetare i Kronoberg.

- Både insjuknande och död i hjärtinfarkt har minskat mycket snabbt sedan år 1985 i Norrbotten och Västerbotten. Under 10-årsperioden har risken för män att drabbas av hjärtinfarkt nästan halverats (-42 procent) och för kvinnor minskat med en tredjedel (-32procent).¹⁴

Tabell 6.1 Döda per 10 000 i ischemisk hjärtsjukdom, 20–64 år. 1988–92.

	Antal döda per 10 000		SRR-värde 1/11 (95% konf.int.)
	Ej facklärd arbetare 1	Mellan- o högre tjänstemän 11	
Män	10,99	5,91	1,85 (1,74–1,98)
Kvinnor	2,10	0,99	2,13 (1,77–2,56)

Källa: Hur mår Sverige? EpC/Socialstyrelsen, Socialstyrelsens Folkhälso-
rapport 1997

Psykisk ohälsa och självmord

Psykisk ohälsa räknas till de stora folksjukdomarna. Psykiska störningar svarade för 9 procent av alla sjukskrivningsdagar år 1990 och för 21 procent av nybeviljade förtidspensioner år 1996. Av alla under 45 år med förtidspension eller sjukbidrag hade 45 procent en psykiatrisk diagnos.

De viktigaste resultaten angående den psykiska ohälsans utbredning i befolkningen kan sammanfattas på följande sätt:

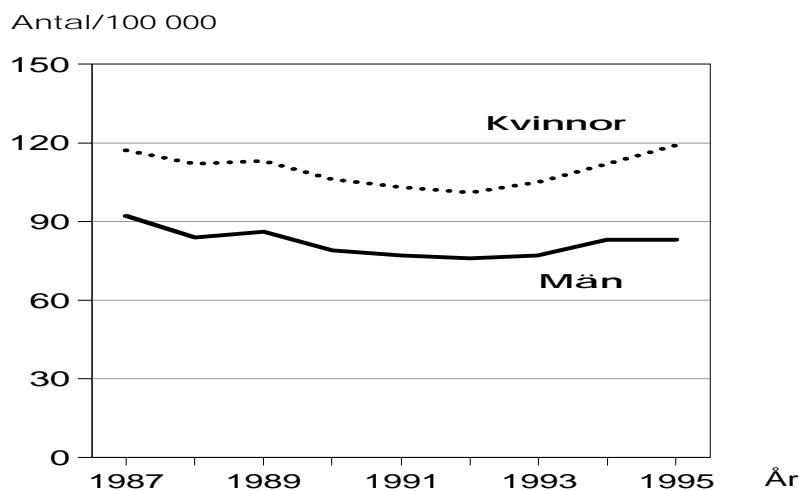
- Mellan 20 och 40 procent av den vuxna befolkningen uppger sig i intervjuundersökningar ha någon form av psykiska besvär. Under 1990-talet har problem som ängslan, oro, ångest och sömnsvårigheter blivit vanligare, särskilt bland unga kvinnor. Var tredje kvinna i åldersgruppen 75–84 år uppger sig känna

¹⁴ Stegmayr B (red) *MONICA 10 år. Är slaget om hjärt-kärlsjukdomarna vunnit i Norr- och Västerbotten?* Northern Sweden MONICA Centre, Umeå 1997.

ängslan, oro och ångest. Under 1990-talet ökade andelen med oro från 21 till 32 procent bland kvinnor av utländsk härkomst medan andelen bland de svenskfödda ökade från 16 till 19 procent.

- Dubbelt så stor andel kvinnor som män använder sömnmedel och/eller lugnande medel.
- Självmordsförsök och självmord är ofta den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. År 1995 registrerades 1 813 självmord i Sverige.
- År 1995 fick drygt 8 800 personer vård på sjukhus för självmordsförsök. Antalet självmordsförsök som föranledde sjukvård ökade från år 1992 till år 1995 med 10 procent för män och 18 procent för kvinnor (figur 6.6).

Figur 6.6 Självmordsförsök som lett till vård på sjukhus (inkl sådana med oklart uppsåt) per 100 000 män och kvinnor, 1987–1995. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, EpC/Socialstyrelsen. Socialstyrelsens Folkhälso-
rapport 1997.

- Vardagliga psykiska och psykosomatiska symptom hos barn och ungdom har ökat på senare år. 40 procent av flickorna och 25 procent av pojkarna i årskurs 5, 7 och 9 har huvudvärk en gång i veckan eller oftare.

- ❑ De sociala skillnaderna i psykisk ohälsa ökar bland både arbetare och tjänstemän oavsett kön, men framför allt gäller detta för männen. Allra allvarligast är dock situationen för kvinnliga arbetare i åldersgruppen 45–64 år. Var fjärde arbetarkvinna drabbas av ångslan, oro och ångest.
- ❑ Psykiska besvär är 10–20 procent vanligare bland arbetslösa än bland dem som har arbete.

Tumörsjukdomar

Var tredje svensk kommer någon gång under sitt liv att drabbas av cancer. Drygt en tredjedel av dem som drabbas blir i dag helt botade. År 1994 fick 37 000 personer i Sverige (51 procent män och 49 procent kvinnor) en eller flera cancerdiagnoser. År 1995 avled 21 000 personer i cancer, vilket utgör 23 procent av alla dödsfall det året.

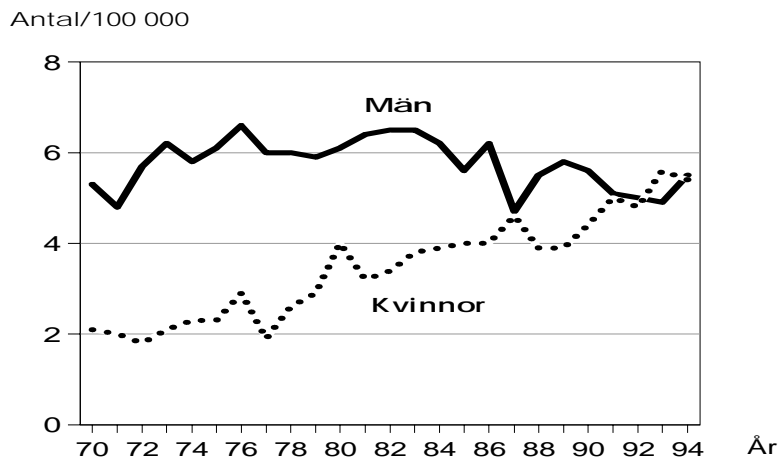
De senaste årens viktigaste tendenser när det gäller tumörsjukdomar är följande:

- ❑ Den årliga ökningen av cancerfall i Sverige mellan åren 1975 och 1994 har varit 1,6 procent för män och 1,5 procent för kvinnor. Nästan hälften av ökningen kan förklaras av att befolkningen blir äldre.
- ❑ Cancer i bröst och prostata är vanligast. Cirka 5 000 kvinnor och cirka 5 300 män drabbas årligen av bröst- resp. prostatacancer.
- ❑ Malignt melanom är en av de cancerformer som för närvarande ökar snabbast i Sverige. I genomsnitt har insjuknandet den senaste 25-årsperioden ökat med 4 procent per år för män och 3 procent för kvinnor.
- ❑ Livmoderhalscancer har minskat med 2,1 procent per år under en tjugoårsperiod. Under de senaste 10 åren har även magsäckscancer minskat, med 3,6 procent per år för män och 4,3 procent för kvinnor.
- ❑ En oroande ökning gäller lungcancer bland kvinnor. Under den senaste 10-årsperioden ökade denna typ av cancer med 3,4 procent årligen för kvinnor medan den minskade för män med 1 pro-

cent årligen. I åldersgruppen upp till 54 år är lungcancer nu lika vanligt bland kvinnor som bland män (figur 6.7).

- Cancer är vanligare i storstadskommunerna, särskilt gäller detta lungcancer. Magsäckscancer är vanligare i Norrland än i övriga Sverige och det motsatta förhållandet gäller för urinvägscancer och tjocktarmscancer. Malignt melanom förekommer mest i södra och sydvästra Sverige.
- Dödligheten i cancer är högre bland arbetare än bland tjänstemän hos både män och kvinnor. Lungcancer är dubbelt så vanligt bland manliga ej facklärdade arbetare som bland tjänstemän på mellan- och högre nivå. Också bland kvinnor är dödligheten 50 procent högre bland ej facklärdade arbetare än hos tjänstemän. Bröstcancer är dock vanligare bland högutbildade kvinnor.

Figur 6.7 Nya fall av lungcancer, män och kvinnor, 0–54 år. 1970–1994.



Källa: Cancerregistret, EpC/Socialstyrelsen. Socialstyrelsens Folkhälso-
rapport 1997.

Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar är den dominerande sjukdomsgruppen bland personer med långvariga sjukdomar och besvär. Bland dem som i intervjuundersökningar rapporterar sjukdomar i rörelseorganen återfinns i första hand personer med ryggbesvär – ischias, ryggskott, förkalkning eller förslitning av kotor m.m. – samt värk i

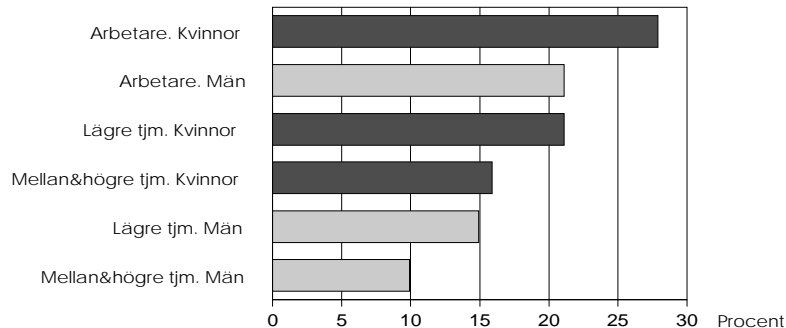
muskler och leder inkl. reumatisk värk. Dessa tillstånd kräver sällan sjukhusvård och leder sällan till döden. Rörelseorganens sjukdomar orsakar dock betydande lidande och funktionsnedsättningar. Dessa sjukdomar är de viktigaste orsakerna till långvariga sjukskrivningar och förtidspension.

Följande slutsatser kan dras från senare års utveckling av sjukdomen:

- ❑ I åldrarna 16–84 år uppger ca 15 procent av männen och 20 procent av kvinnorna att de lider av någon sjukdom från rörelseorganen. Dessa sjukdomar är vanligare i flera invandrargrupper än bland infödda svenskar.
- ❑ År 1996 orsakade sjukdomar i muskuloskeletala system och bindväven¹⁵ 43 procent av alla nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag, 49 procent av kvinnornas och 36 procent av männens. Kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro än män på grund av sjukdomar i rörelseorganen.
- ❑ Rörelseorganens sjukdomar är betydligt vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Bland arbetare uppger sig 20 procent av männen och ca 25 procent av kvinnorna ha dessa sjukdomar. Motsvarande andelar bland tjänstemännen är ca 11 resp. 15 procent. Under senare år finns en tendens till ökning av rörelseorganens sjukdomar för både kvinnliga och manliga lägre tjänstemän.
- ❑ Andelen arbetare med värk från rörelseorganen är mer än dubbelt så stor som för tjänstemän på mellan- eller högre nivå. Kvinnliga arbetare har mest värk (var fjärde arbetarkvinna). Bland kvinnliga lägre tjänstemän är värk lika vanligt som bland manliga arbetare (figur 6.8).
- ❑ Värk och smärtor i rörelseorganen är vanligare i flera invandrargrupper än bland svenskar i motsvarande ålder, socioekonomisk grupp och bostadsort.

¹⁵ T.ex. ryggbesvär, värk i muskler och leder inkl. reumatisk värk.

Figur 6.8 Svår värk i endera skuldror, nacke, axlar, eller rygg eller händer, armbågar, ben eller knän bland män och kvinnor i olika socio-ekonomiska grupper, 16–84 år. Rangordnade efter andel med svår värk. 1994/95.



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SCB. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

Olycksfallsskador

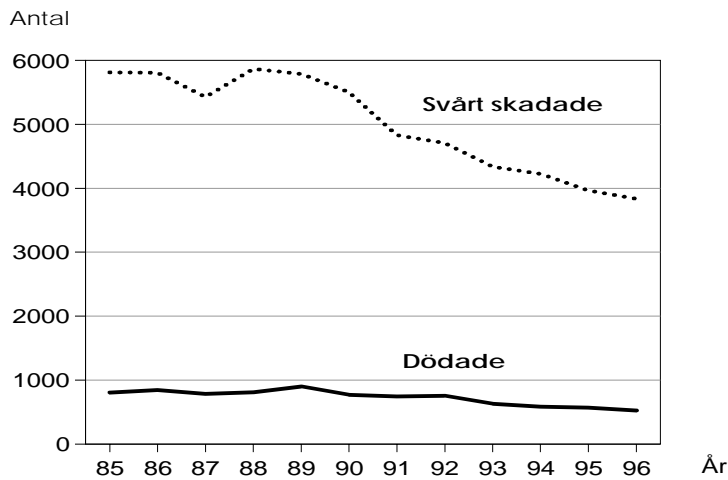
Varje år inträffar ca 1,3 miljoner olycksfallsskador, men bara 10 procent av dessa kräver sjukhusvård. Uppskattningsvis får två av 1 000 olycksfall dödlig utgång.

Folkhälsorapportens viktigaste resultat beträffande skador är följande:

- ❑ Fallolyckor är den största skadeorsaken. Fallolyckor bland äldre är vanligast och orsakade hälften av alla skador som krävde sjukhusvård år 1995. Dödligheten i fallolyckor bland äldre minskade mellan åren 1982 och 1995 med 10 procent bland män och 23 procent bland kvinnor.
- ❑ 17 procent av alla skadefall (inkl. ogynnsam effekt av läkemedel) uppkom i sjukvården.
- ❑ Under perioden 1987–1995 har antalet sjukhusvårdade för skador totalt sett ökat med nära 5 procent bland männen och 8 procent bland kvinnorna. Patienter som har vårdats efter motorfordonsolyckor har minskat under samma period med 20 procent bland männen och 12 procent bland kvinnorna.

- ❑ Dödligheten i olycksfallsskador minskar kontinuerligt sedan år 1980 (med undantag för år 1994 på grund av Estoniakatastrofen).
- ❑ Mellan åren 1982 och 1995 minskade dödligheten i olyckor med 38 procent bland pojkar och 22 procent bland flickor i åldrarna 1–14 år. Trots detta är olycksfall bland barn (1–14 år) och ungdomar (15–24 år) den vanligaste dödsorsaken i dessa åldersgrupper.
- ❑ Inom skolan inträffar årligen ca 28 olycksfall per 1 000 elever där skadan kräver sjukvård. Mellan en fjärdedel och en tredjedel av alla skololyckor orsakas av en annan elev, vanligtvis en pojke.
- ❑ År 1995 inträffade 11 arbetsolyckor per 1 000 förvärvsarbetande män, att jämföra med 6 per 1 000 förvärvsarbetande kvinnor. De mest olycksfallsdrabbade branscherna är järn- och stålörstilverkning, brand- och räddningsverksamhet, slakterier och charkuteri.
- ❑ Risken för arbetsolycksfall är drygt 20 procent högre bland invandrare än bland svenskfödda. Invandrare från Sydamerika har högst olycksfallsrisk, drygt 50 procent högre än svenskfödda.
- ❑ Antalet personer som dödas eller skadas i trafiken har successivt minskat sedan år 1975 (figur 6.9). Drygt en femtedel (22 procent) av dem som skadades år 1996 i motorfordonsolyckor och 17 procent av dem som dödades var fotgängare eller cyklister.
- ❑ Under år 1995 skadades 4 821 cyklister så svårt att de blev inlagda på sjukhus.
- ❑ Cirka 16 000 personer i Sverige per år får symptom på whiplashskada (pisksnärtskada, vanligtvis vid påkörning bakifrån i bil) i vägtrafiken. Det är den skada som ökar mest och svarar för den största andelen invaliditet efter olycksfall.

Figur 6.9 Antalet dödade och svårt skadade i trafiken 1985–1996. Polisrapporterade data.



Källa: SIKA/SCB. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997

Skador till följd av våld

Antalet personer som utsätts för våld i vårt samhälle är sannolikt starkt underskattat. Det finns anledning att tro att brott som t.ex. sexuella övergrepp, misshandel och trakasserier inom familjen och andra brott där gärningsmannen är känd och finns inom bekantskapskretsen, sällan kommer till myndigheters kännedom. Den grupp som löper den ojämförligt högsta risken att utsättas för våld är utslagna människor: tunga missbrukare av alkohol och narkotika eller kriminellt belastade människor. En annan kategori av offer som är underrepresenterade i statistiken är barn och ungdomar samt kvinnor.

- År 1995 blev närmare 550 000 personer utsatta för våld eller hot, 330 000 män och 220 000 kvinnor. Av dessa drabbades 80 000 så allvarligt att det krävde läkarbehandling.
- Andelen som drabbats av våld eller hot under en ettårsperiod har ökat med ca 35 procent under tiden 1978–1995. Ökningen är koncentrerad till åldersgruppen 16–54 år. Bland 65–74 åringarna har det i stället skett en minskning.

- ❑ Under en ettårsperiod 1994/95 inträffade ungefär 1 350 000 hot- eller våldshändelser. Av dessa ägde cirka 22 procent rum hemma i någons bostadslägenhet, 39 procent i samband med yrkesutövning och cirka 35 procent på gator, torg och andra allmänna platser.
- ❑ Riskgrupper för våld är yngre män (16–35 år), kvinnor (ofta ensamstående) och vissa yrkesgrupper, t.ex. poliser, väktare, personer inom kollektivtrafiken, sjukvården och socialtjänsten.
- ❑ Av de polisanmälda misshandelsfallen år 1996 var 35 procent våld mot vuxna kvinnor. Närmare 10 procent var våld mot barn under 14 år. I övriga fall riktades våldet mot män. Drygt 500 misshandelsbrott per 100 000 kvinnor och 100 per 100 000 barn under 6 år anmäldes.
- ❑ Under ett år utsätts ungefär 17 procent av ensamstående småbarnsmödrar för våld eller hot.
- ❑ Anmälningar om barnmisshandel har ökat kraftigt sedan början av 80-talet. Det faktiska antalet brott är större eftersom misshandel av barn ofta sker i det fördolda.
- ❑ I genomsnitt vårdades 90 barn, 0–4 år, per år på sjukhus för misshandel under perioden 1990–95. En tredjedel var spädbarn som inte fyllt ett år. Många föräldrar undviker dock att söka vård för sitt misshandlade barn.
- ❑ Under perioden 1987–1996 ökade antalet anmälda fall av kvinno- och barnmisshandel med 41 procent och av våldtäkt med 43 procent.

Allergier

Under de senaste decennierna har ett stort antal undersökningar publicerats som talar för att förekomsten av allergiska sjukdomar och annan överkänslighet ökar. T.ex. allergisk snuva, astma, eksem eller utslag samt födoämnesallergi. Ärftliga faktorer är av stor betydelse för risken att utveckla allergiska sjukdomar, men även miljöfaktorer, t.ex. inomhusmiljö, är väsentliga.

- ❑ Drygt en tredjedel av befolkningen i åldern 16–84 år rapporterar någon form av allergi eller annan överkänslighet.

- Förekomsten av allergi har fördubblats under 1980-talet både bland barn och vuxna.
- Kvinnor drabbas oftare än män av allergi. 39 procent av kvinnorna och 31 procent av männen uppger att de har allergiska symptom.
- Allergiförekomsten har ökat kraftigt både hos förskolebarn och skolbarn och fördubblats under en tioårsperiod. Ca 10 procent av förskolebarnen och 20 procent av skolbarnen uppger sig ha eller ha haft någon allergi eller överkänslighet.
- Astma är något vanligare bland kvinnor än bland män och bland ungdomar och unga vuxna än bland äldre.
- Ca 10 procent av 13–14-åringar i Stockholm hade eller hade haft astmasymptom år 1996.
- De regionala skillnaderna i astmasjuklighet är stora. Astma är vanligare i Norrland än i södra delarna av landet.
- Eksem är nästan dubbelt så vanligt förekommande bland kvinnor som bland män, vilket delvis kan förklaras av att kvinnor oftare drabbas av handeksem.
- Yrkesrelaterad nickelallergi är vanligast bland ytbehandlare, metallarbetare, bilmekaniker, låssmeder, lokalvårdare, expediter, frisörer, sjukvårdsanställda och restauranganställda.
- Studier om allergisjukdomarnas förekomst i olika socioekonomiska grupper i Sverige är sällsynta.

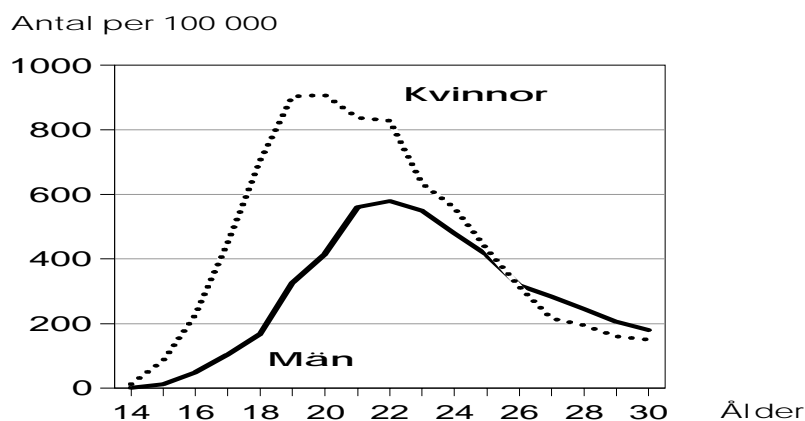
Infektionssjukdomar

Infektionssjukdomarna utgör inte något större hot mot folkhälsan i Sverige. De orsakar dock en stor del av antalet läkarbesök, vård dagar och sjukfrånvaro.

- Under det senaste decenniet har i genomsnitt 550 nya fall av tuberkulos per år registrerats i Sverige. Mer än hälften av de insjuknade är födda utomlands. Av de svenskar som drabbas är 70 procent äldre än 65 år.

- ❑ År 1996 smittades drygt 3 800 personer med salmonella. De flesta smittades i utlandet. Sverige har internationellt sett mycket låg förekomst av salmonella.
- ❑ Drygt 5 000 personer insjuknade år 1996 i den bakteriella diarrésjukdomen som orsakas av campylobacter. Bland smittkällorna finns t.ex. kyckling och opastöriserad mjölk.
- ❑ I Sverige känner man ännu inte till något fall av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom som har samband med galna kosjukan.
- ❑ Antalet HIV-fall som har anmälts i Sverige till och med år 1996 är 4 425, varav 77 procent avser män. Antalet AIDS-fall är 1 477. Vid utgången av år 1996 har ca 1 900 personer rapporterats homosexuellt smittade och 1 500 personer heterosexuellt smittade. Av alla heterosexuellt smittade, oavsett härkomst, har 16 % smittats i Sverige och nästan 70 procent i Afrika.

Figur 6.10 Antal registrerade fall (kliniska anmälningar) av klamydia i olika åldrar. Män och kvinnor, 1996.



Källa: Smittskyddsinstitutet. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- ❑ Ca 60 procent av alla HIV-anmälda personer finns i Stockholm.
- ❑ Den senaste 20-årsperioden har STD-sjukdomarna, t.ex. gonorré och klamydia, minskat stadigt. Av gonorré som i början av 1980-talet drabbade ca 15 000 personer per år registrerades 211 fall år

1996. År 1989 registrerades närmare 30 000 nya fall av klamydia. År 1996 har antalet nya fall minskat till ca 14 000.

- Klamydia är vanligast i åldern 17–25 år. Det finns betydligt fler registrerade fall bland kvinnor än bland män (figur 6.10).
- De regionala skillnaderna är stora när det gäller förekomst av klamydia. År 1995 hade Gotland den högsta andelen (123 fall per 10 000 invånare i åldern 15–29 år) och Skaraborgs län lägst (27 fall per 10 000).
- Uppgifter om förekomst av klamydia i olika socioekonomiska grupper saknas.

Tandhälsan

- Tandhälsan har under de senaste 20 åren förbättrats i Sverige. Den positiva utvecklingen är mest uttalad bland kvinnorna.
- Trots den kraftiga förbättringen i tandhälsan totalt kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. Andelen tandlösa bland ej facklärdade arbetare är 12 procent. Motsvarande andel bland tjänstemän på mellan- eller högre nivå är 1,8 procent.
- Tandhälsan är sämre hos invandrare/flyktingar än hos svenskar och detta gäller både barn och vuxna.
- Tandhälsan bland barn har förbättrats betydligt mellan åren 1985 och 1995. Andelen kariesfria barn är 93 procent i treårsåldern, 65 procent bland sexåringar och ca 50 procent bland tolvåringar.
- Andelen kariesfria barn (12 år) är högst i Bohuslän, Värmland och Östergötland (60–65 procent) och lägst i Göteborg, Väster-norrland, Jämtland och Stockholm (38–41 procent).

6.4.6 "Nya" hälsoproblem

Förutom de folksjukdomar som har nämnts ovan, finns ett antal sjukdomstillstånd som inte närmare behandlas i Folkhälsorapporten men som livligt diskuteras och debatteras av både expertis och allmänhet.

Fibromyalgi är exempel på ett sådant sjukdomstillstånd. Huvudsymptomen är utbredd ständig värk i kroppen och extrem uttrötthet i muskulaturen. Stelhet, domningar, yrsel och huvudvärk kan vara andra symptom. Enligt internationella uppskattningar är 2–3 procent av den vuxna befolkningen drabbade, varav ungefär 90 procent kvinnor. Nya forskningsrön tyder på att fibromyalgi till stor del har organiska orsaker där troligen också ärftliga faktorer har betydelse.

Elöverkänslighet innebär växande kombinationer av problem från hud och slemhinnor: stickningar, stramhet, klåda, irritation och gruskänsla i ögonen. Yrsel, huvudvärk, trötthet och koncentrations svårigheter är också vanliga symptom. Personer som lider av tillståndet har ofta utvecklat sina första symptom i anslutning till längre eller kortare tids arbete vid bildskärm. Senare kan symptomen utlösas av även andra elektriska apparater, lysrör och ledningar. Antalet drabbade är okänt. Trots omfattande forskning har man inte kunnat visa att elektriska eller magnetiska fält är orsaken till elöverkänslighet. Det finns dock studier som visar att den elektromagnetiska strålningen har biologiska effekter på människor och samband kan därför ej uteslutas.

Trötthet utgör en av de vanligaste grupperna av besvär hos primärvårdspatienterna.¹⁶ Tillståndet manifesteras ofta samtidigt med andra symptom. Kroniskt trötthetssyndrom och yuppi-sjukan är några välkända beteckningar. Med trötthet avses en rad olika tillstånd som skiljer sig från varandra som t.ex. kroppslig trötthet och nedsatt prestationsförmåga eller upplevelser i form av obehag, maktlöshet och likgiltighet.

Ätstörningar (anorexia nervosa och bulimia nervosa) är 10–20 gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Av kvinnor under 20 år kan man räkna med att ca en procent har eller har haft anorexia nervosa och en till två procent har bulimia nervosa. Årligen dör cirka 35 kvinnor i Sverige till följd av anorexi eller bulimi. Ingen orsak har fastställts som både nödvändig och tillräcklig för att förklara insjuknande i dessa tillstånd.

Ungefär hälften av kvinnor i 80-årsåldern har *benskörhet* (osteoporos). Äldre kvinnor som är stillasittande, dementa och som vårdas på sjukhem är en riskgrupp. De som drabbas av benskörhet har en störning i benstommens ämnesomsättning. Benmassan tunnas

¹⁶ Karlsson K. *Psykosocial ohälsa i primärvården - allmänläkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik*. Malmöhus läns landsting. Lund 1994.

ut och därigenom ökar risken för benbrott. Detta drabbar främst kvinnor efter klimakteriet men i ökande grad även män.

Posttraumatisk stressdisorder (PTSD) är ett samlingsbegrepp för de psykiska, mentala och kognitiva störningar som kan uppstå hos individer som upplevt ett hot eller katastroftrauma. PTSD ofta i kombination med depression och ångest är särskilt vanligt i Sverige bland traumatiserade (ofta tortyrskadade och/eller krigsskadade) flyktingar.¹⁷ Enligt Psykiatriutredningens delbetänkande¹⁸ om statligt stöd och rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m.fl. finns det tiotusentals flyktingar i Sverige som lider av psykiska eller fysiska men av tortyr, krigsskador och andra traumatiska händelser. En stor andel av dessa har troligen utvecklat PTSD. PTSD finns också i den svenskfödda befolkningen. Epidemiologiska studier i Norge och USA tyder på att förekomsten i befolkningen kan vara omkring 5 procent.

6.5 Hälsa i ett åldersperspektiv och den ojämlika hälsan

Genom att belysa hälsoutvecklingen och hälsans/ohälsans bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper kan folkhälsoarbetet underlättas eftersom fokuseringen av insatserna på särskilda målgrupper eller riskgrupper i samhället underlättas. Vid en analys av hälsoutvecklingen på befolkningsnivå framträder ofta ett mönster som tydliggör att hos vissa grupper ansamlas många riskfaktorer och olika typer av hälsoproblem samtidigt. Det kan handla om t.ex. vissa yrkesgrupper, invandrargrupper, ensamma mödrar och förtidspensionerade. Men det kan också handla om vissa målgrupper som t.ex. befinner sig i en sådan fas av livet som medför särskilda hälsorisker eller vissa typer av ohälsa. Det kan bl.a. gälla ungdomar med hög risk för rökdebut eller motorfordonsolyckor eller äldre med hög risk för fallolyckor.

I det följande beskrivs hälsoutvecklingen och riskpanoramats för a) barn, b) ungdomar, c) yrkesaktiva och d) äldre. I samtliga fall görs beskrivningen, i den mån det finns uppgifter, i ett gender- och

¹⁷ 14 Ekblad S. *Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund*. Stressforskningsrapport nr 262. Karolinska institutet, IPM. Stockholm 1996.

¹⁸ SOU 1993:4. *Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m.fl.* Delbetänkande av Psykiatriutredningen.

klassperspektiv. Därefter fokuseras beskrivningen på den ojämlika ohälsan.

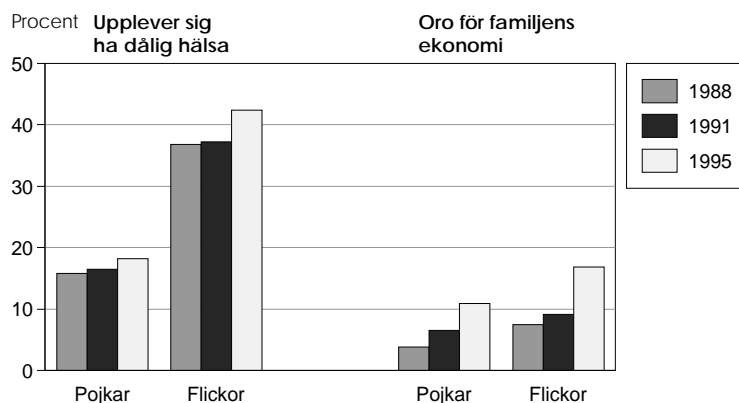
6.5.1 Hälsa i olika åldrar

Barns hälsa

- ❑ Spädbarnsdödligheten i Sverige är sannolikt lägst i världen. År 1995 avled 429 barn, dvs. 0,4 procent av alla levande födda barn före ett års ålder. Vid slutet av 1950-talet var motsvarande andel 2,5 procent.
- ❑ Merparten av de barn som i dagens Sverige inte överlever sitt första levnadsår avlider redan före en månads ålder, ofta på grund av en tidig födsel kombinerad med missbildningar samt förlossningskomplikationer. Pojkar har högre dödlighet i alla dessa avseenden.
- ❑ Under 1990-talet har antalet dödsfall i plötslig spädbarnsdöd minskat.
- ❑ I Sverige finns det mycket små sociala skillnader i spädbarnsdödlighet. Störst skillnader mellan sociala grupper kan man dock se i fråga om fosterdöd, men orsakerna till dessa skillnader är okända.
- ❑ Dödsfall i barn- och ungdomsåren är sällsynta. Sedan år 1975 har dödligheten minskat med 60 procent både bland flickor och pojkar i åldrarna 1–14 år. Dödsfallen är särskilt sällsynta i åldersgruppen 5–14 år.
- ❑ Den vanligaste dödsosaken bland barn i åldern 1–14 år är olycksfall. Fem pojkar och tre flickor per 100 000 omkom år 1995 på grund av olycksfall. Olycksfallsdödligheten bland barn tillhör den lägsta i ett internationellt perspektiv.
- ❑ Risken för att dö i olycksfall är högre för både pojkar och flickor från arbetarhem. Klasskillnaderna i olycksfallsdödlighet är särskilt tydliga bland pojkar.

- ❑ Den vanligaste åkomman under barnåren är förkylning. För barn i 1–3 års ålder kan i genomsnitt 6–8 infektioner förekomma per år.
- ❑ Den vanligaste orsaken till vård på sjukhus bland 1–6 åringar är andningsorganens sjukdomar och bland 7–14 åringar är det skador för pojkar och psykiska störningar för flickor.
- ❑ Den vanligaste långvariga sjukdomen bland barn är allergi. 10–20 procent av alla barn under 7 år och 20–40 procent av alla skolbarn har någon allergi eller annan överkänslighet. I internationella jämförelser toppar Sverige listan i fråga om allergiska eksem bland barn (20 procent).
- ❑ Sverige har näst efter Finland det högsta nyinsjuknandet i Europa av diabetes bland barn. Under perioden 1978 till 1995 ökade nyinsjuknandet med 38 procent (från 21 till 29 barn per 100 000). Pojkar och flickor drabbas i lika stor omfattning.

Figur 6.11 Oro för familjens ekonomi (ofta/alltid) och upplevd dålig hälsa bland flickor respektive pojkar i årskurs 9 i Karlstads kommun, 1988, 1991 och 1995. Procent.



Källa: Hagquist C¹⁹. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

¹⁹ Hagquist C. *The living conditions of young people in Sweden. On the crisis of the 1990s, social conditions and health.* Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. Göteborg 1997.

- ❑ Psykosomatiska symptom ökar bland skolbarnen. 40 procent av flickorna och 25 procent av pojkarna i årskurs 5, 7 och 9 har huvudvärk en gång i veckan eller oftare. Magont har också ökat bland både flickor och pojkar under den senaste 10-årsperioden.
- ❑ 17 procent av flickorna och 7 procent av pojkarna är oroliga för familjens ekonomi. Av dem som ofta är oroliga för familjens ekonomi hade närmare 80 procent fler psykosomatiska besvär. Bland dessa barn var alkoholdrickande, sjukfrånvaro och skolk särskilt vanligt (figur 6.11).
- ❑ *DAMP* (Dysfunktion i Avledbarhet, Motorik och Perception) eller ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) och ADD (Attention Deficit Disorder) är den psykiatriska diagnosen för uppmärksamhetsstörningar som kännetecknas av svårigheter att bl.a. reglera den egna aktivitetsnivån och att kontrollera impulser. Ungefär en tredjedel av *DAMP*-barnen har även beteendestörningar (Conduct Disorder, CD).

Ungdomars hälsa

- ❑ 91 procent av unga män och 85 procent av unga kvinnor (16–24 år) tycker att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra.
- ❑ Det vanligaste hälsoproblemet bland ungdomar är sjukdomar i andningsorganen, övervägande relaterade till allergier.
- ❑ Omkring en tredjedel av de unga kvinnorna har värk i skuldror, nacke och axlar resp. värk i ryggen. Dessa problem är betydligt mindre bland unga män.
- ❑ Nästan dubbelt så stor andel av unga kvinnor känner ångslan, oro och ångest som unga män (16 resp. 9 procent).
- ❑ Olyckor och självmord utgjorde år 1995 drygt 40 procent av dödsfallen bland ungdomar i åldern 15–24 år. Mer än dubbelt så många unga män som unga kvinnor avlider varje år till följd av dessa dödsorsaker (figur 6.12). Motorfordonsolyckorna har minskat med drygt 50 procent sedan 1980-talets början.

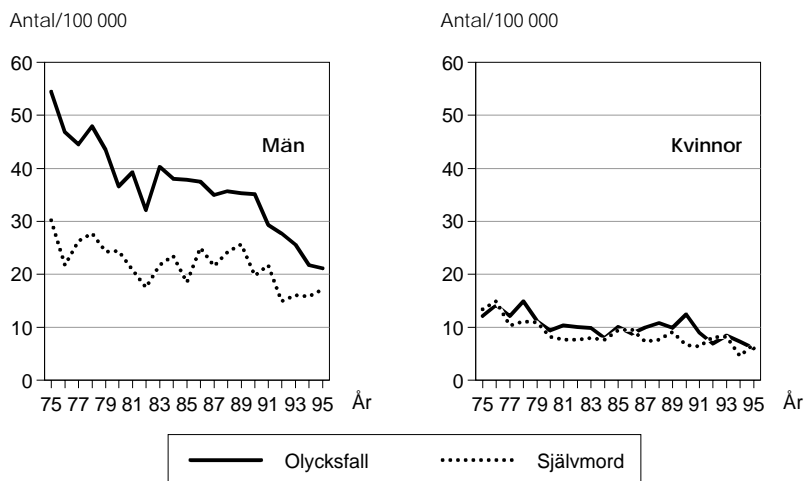
- ❑ Självmord är dubbelt så vanligt bland unga män, men självmordsförsök är vanligast bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–24 år gjorde år 1995 228 per 100 000 unga kvinnor självmordsförsök som ledde till sjukhusvård. Självmordsförsöken bland unga kvinnor ökar sedan år 1991 och bland männen sedan år 1993.
- ❑ År 1996 gjordes 4 362 aborter²⁰ (ca 18 per 1 000 personer) av tonårsflickor vilket är en ökning från året innan.
- ❑ Psykiska störningar tar flest vård dagar i anspråk bland ungdomar. Nästan 5 000 ungdomar vårdades sammanlagt 200 000 dagar på sjukhus år 1995, varav 10 procent fler unga kvinnor än unga män.

Hälsan i yrkesaktiv ålder

- ❑ I åldern 25–44 år dör dubbelt så många män som kvinnor. Mäns överdödlighet orsakas av fler dödsolyckor, självmord samt alkoholrelaterade sjukdomar.
- ❑ I åldern 45–64 år har svenska män dubbelt så hög dödlighet som kvinnor, vilket framför allt betingas av mäns större risk att dö i hjärt-kärlsjukdomar. Mellan åren 1980 och 1995 sjönk dock männens dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar med 50 procent i åldern 45–65 år och med 40 procent för kvinnor i samma åldersgrupp.
- ❑ Den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor 25–44 år är tumörer, främst bröstcancer och livmodercancer. I övre medelåldern avlider ungefär lika många män som kvinnor i tumörsjukdomar.
- ❑ I åldrarna 25–40 år är de allra flesta fortfarande ganska friska. I 40-årsåldern börjar de socioekonomiska skillnaderna i ohälsa märkas tydligt. I fråga om rörelseorganens sjukdomar finns dock en tydlig skillnad mellan arbetare och tjänstemän redan i yngre åldrar, särskilt bland kvinnor.
- ❑ Omkring en tredjedel har någon långvarig sjukdom eller besvär redan i 25-årsåldern och dubbelt så många vid 65 års ålder. Trots detta bedömer relativt få sitt hälsotillstånd som dåligt.

²⁰ År 1996 verkställdes 32 117 aborter totalt.

Figur 6.12 Döda per 100 000 i självmord och olyckor bland ungdomar 15–24 år, 1975–95.

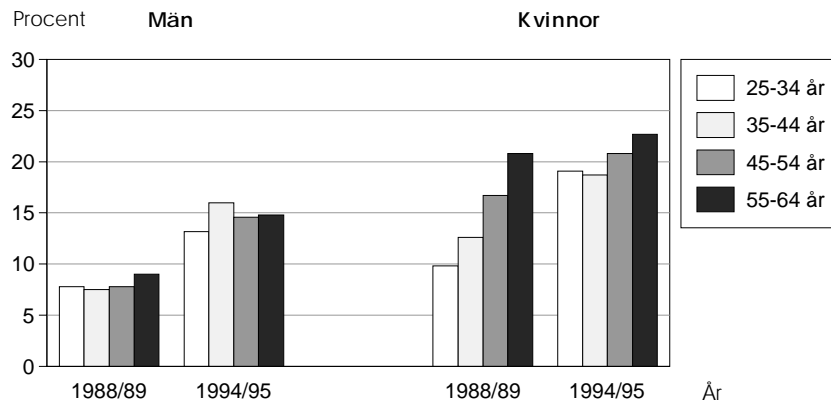


Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- De vanligaste hälsoproblemen i de aktuella åldrarna är sjukdomar och värk i rörelseorganen, psykiska besvär samt allergier. Rörelseorganens sjukdomar är ofta arbetsrelaterade och vanligare bland arbetare än bland tjänstemän.
- Psykiska besvär i form av ängslan, oro och ångest (figur 6.13) samt sömnbesvär har ökat påtagligt under 1990-talet.
- I åldersgruppen 25–44 år vårdas drygt dubbelt så många kvinnor som män på sjukhus, normala förlösningar oräknade. Män vårdas oftare än kvinnor på grund av skador, förgiftningar och psykiska störningar.
- I åldersgruppen 45–64 år vårdas något fler män än kvinnor på sjukhus. Män och kvinnor vårdas dock för olika sjukdomar. Det är dubbelt så vanligt att män vårdas för hjärt-kärlsjukdomar som kvinnor. Även vård för matsmältningsorganens sjukdomar, skador, förgiftningar och psykiska störningar är vanliga bland männen. För kvinnorna i denna åldersgrupp är tumörer den vanligaste orsaken till vård på sjukhus. Därefter kommer cirkulationsorga-

nens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar och gynekologiska åkommor.

Figur 6.13 Ängslan, oro och ångest bland kvinnor och män 25–44 och 45–64 år 1988/89 och 1994/95. Procent.



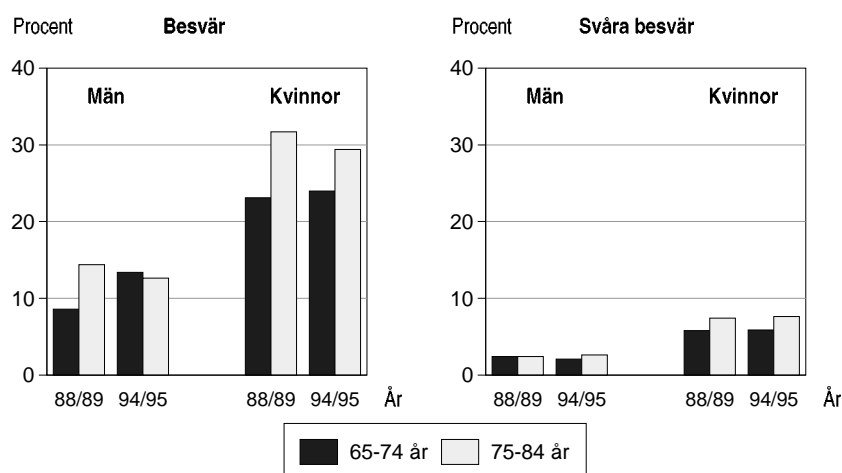
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SCB. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

Äldres hälsa

- År 1995 inträffade 75 procent av alla dödsfall bland kvinnor och 60 procent av alla dödsfall bland män efter 75 års ålder. Kvinnor har i samtliga åldrar en större överlevnad än män.
- Hjärt-kärlsjukdomar dominerar stort som dödsorsak i de äldsta åldrarna bland både kvinnor och män.
- Mellan 70 och 85 procent uppger att de har någon långvarig sjukdom. Kvinnor rapporterar oftare än män någon långvarig sjukdom.
- Den bästa hälsan har gifta eller samboende personer. Änkor och änkingar har bättre hälsotillstånd än frånskilda.
- Sämst hälsa bland äldre har personer som bor i glesbygd.
- Mellan 50 och 70 procent av de äldre får regelbunden medicinsk behandling för någon långvarig sjukdom. Sådan behandling är något vanligare bland kvinnor än bland män.

- ❑ Svåra besvär av långvarig sjukdom är betydligt vanligare om man haft ett arbetaryrke än ett tjänstemannayrke. I åldersgruppen 65–74 år har ca 30 procent av kvinnorna med arbetarbakgrund och 24 procent med tjänstemannabakgrund svåra besvär av sjukdom. Bland männen i denna åldersgrupp är skillnaden ännu större: 31 procent av arbetare och 13 procent av tjänstemännen har svåra besvär.
- ❑ De vanligaste långvariga sjukdomarna som uppges av de äldre är rörelseorganens sjukdomar, framför allt ledbesvär och värk i rörelseapparaten. Drygt en tredjedel av kvinnorna har sjukdomar i rörelseorganen mot knappt en fjärdedel av männen över 65 års ålder.
- ❑ Psykiska besvär i form av ängslan, oro och ångest samt sömnbesvär har ökat bland både kvinnor och män (65–74 år) sedan 1980-talet. Dessa besvär är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män (figur 6.14 och figur 6.15).

Figur 6.14 Ängslan, oro och ångest i åldrarna 65–84 år 1988/89 och 1994/95. Procent.

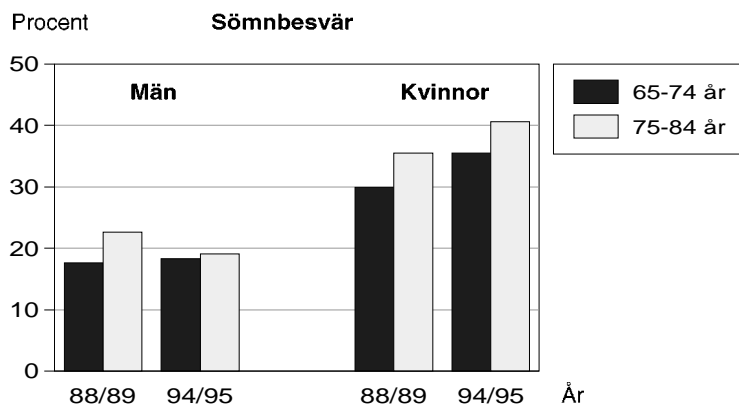


Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SCB. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- ❑ Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till sjukhusvård både bland kvinnor och män över 65 år.

- ❑ Socialstyrelsens patientregister visar att 54 procent av alla mäns vård dagar på sjukhus i Sverige avsåg män över 65 år och 31 procent avsåg män över 75 år. För kvinnorna var motsvarande andel 60 resp. 42 procent.

Figur 6.15 Sömnbesvär i åldrarna 65–84 år 1988/89 och 1994/95. Procent.



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SCB. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

- ❑ Rörelsehinder och nedsatt rörelseförmåga har blivit något mindre vanligt sedan slutet av 80-talet i åldersgruppen 75–84 år. Rörelseförmågan har också förbättrats bland män 65–74 år, dock ej bland kvinnorna i denna åldersgrupp.
- ❑ Förekomsten av demenssjukdomar brukar anges vara 1 procent i åldersintervallet 65–69 år, 3 procent bland 70–74-åringar och därefter dubbelt så stort med varje femårsintervall. En genomgång av svenska och internationella studier visar att förekomsten av måttlig och svår demens bland personer 65 år och äldre kan uppskattas till 6,6 procent. Det är osäkert hur vanligt förekommande demens är före 65 år och efter 90 års ålder. Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av demens.

6.5.2 Den ojämlika hälsan

Motiven för nationella folkhälsomål, enligt kommittédirektiven, är bl.a. "att särskilt uppmärksamma och minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, etniska grupper, geografiska

områden och mellan könen". Som framgått av det tidigare (se avsnitt 3.2) har regering och riksdag i flera olika sammanhang betonat vikten av att minska skillnaderna i hälsa. I t.ex. 1991 års folkhälsoproposition har lagts fast att ökad jämlikhet i hälsa skall vara det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Det kan framstå som självklart att sociala förändringar har en stor potential för att minska risken för sjukdom och för tidig död, men kunskapen om hur denna möjlighet skall realiseras är fortfarande bristfällig.

Sociala skillnader i hälsa

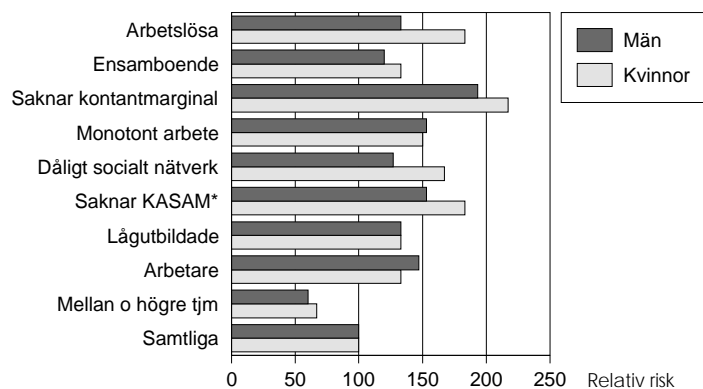
Folkhälsorapporten visar genomgående stora sociala skillnader i fråga om såväl många av ohälsans bestämningfaktorer som hälsa, sjuklighet och dödlighet. Dessa skillnader finns från spädbarnsåldern (t.ex. spädbarnsdödlighet) till sena ålderdomen. De flesta sjukdomar är vanligare bland dem som är socialt missgynnade. De individer som har de sämsta arbetena, inkomsterna, bostäderna och utbildningarna tenderar att ha sämst hälsa. En allmän slutsats i Folkhälsorapporten i fråga om sociala skillnader är att de är stora och genomgående vare sig man mäter sjuklighet eller dödlighet.

- Klassskillnader i dödlighet bland barn är påtagliga. Lägst dödlighet har barn i tjänstemannafamiljer och högst dödlighet har barn till ej facklärd arbetare. Barn till ensamstående och invandrare dör oftare i olycksfall än andra barn.
- Risken att dö före 65 års ålder är ca 50 procent högre för män (20 procent högre för kvinnor) med arbetarbakgrund än män och kvinnor med tjänstemannayrken.
- Dödligheten i tumörer är ca 10 procent högre bland kvinnliga arbetare än bland kvinnliga tjänstemän. Lungcancer är ca 50 procent vanligare bland arbetarkvinnorna än bland kvinnliga tjänstemän.
- Arbetares dödsrisk är nästan dubbelt så stor som tjänstemäns i fråga om ischemiska hjärtsjukdomar. De sociala skillnaderna ifråga om alkoholrelaterad dödlighet är ännu större.
- Manliga tjänstemän på mellan- och högre nivå förväntas i genomsnitt leva cirka 7,9 år längre med full hälsa mellan 35 och 84

års ålder än ej facklärd manliga arbetare. För kvinnor är motsvarande skillnad 7,6 år.

- ❑ Risken att ha långvarig sjukdom är ca 20 procent högre bland arbetare än bland tjänstemän på mellan- och högre nivå. Arbetare löper ca 60 procent större risk att ha nedsatt arbetsförmåga än tjänstemän.
- ❑ Det finns även en ansamling av hälsorisker bland socialt mindre gynnade grupper: rökning är dubbelt så vanligt bland arbetare som bland tjänstemän. Också andelen överviktiga är större bland arbetare, liksom andelen som inte motionerar regelbundet. Det är dubbelt så vanligt att arbetare har 3–6 riskfaktorer som att tjänstemännen har det (figur 6.16).
- ❑ De sociala skillnaderna (såsom vi mäter dessa) bland män tycks i många avseenden vara större än bland kvinnorna. Folkhälsorapporten pekar dock på en rad områden där de sociala skillnaderna bland kvinnorna ökar, t.ex. nedsatt arbetsförmåga och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar.

Figur 6.16 Relativ risk för att ha 3–6 riskfyllda levnadsvanor i vissa sociala grupper. Samtliga =100. Stockholms län, 20–64 år.



Källa: Avdelningen för Socialmedicin, Folkhälsoenkäten 1994.

* KASAM= Känsla Av SAMmanhang. Den israeliske sociologen Antonovsky har visat hur betydelsefullt för välbefinnandet det är att ha en känsla av sammanhang. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997.

Könsskillnader i hälsa

Det faktum att kvinnor, trots högre sjuklighet, lever längre än män kan förefalla som en paradox. Man måste här emellertid ta hänsyn till att män har ett annat dödsorsaksmönster och därmed ett annat sjukdomsmönster än kvinnor. Kvinnors översjuklighet innefattar många sjukdomstillstånd som inte nödvändigtvis är förbundna med ökad dödlighet, som t.ex. psykiska åkommor och rörelseorganens sjukdomar. Det handlar ofta om sjukdomar som är långvariga, orsakar mycket lidande för dem som drabbas och kräver stora resurser av samhället i form av kostnader för sjukvård, sjukskrivning, förtidspensionering och produktionsbortfall.

De stora olikheterna som råder mellan kvinnors och mäns sjuklighetsmönster och hälsoutveckling låter sig inte enbart förklaras av en renodlad biologisk/genetisk modell. Denna modell betonar skillnader mellan könen i biologisk konstitution vad gäller gener, hormoner och fysiologi, vilka medför skilda risker för ohälsa. Skillnader i ohälsa mellan kvinnor och män som kan förklaras av biologiska/genetiska faktorer behöver inte nödvändigtvis tyda på ojämlikhet, utan snarare på olikhet. Förutom tänkbara biologiska orsaker till könsskillnader i sjuklighet och dödlighet måste även kulturella, sociala och psykologiska faktorer föras in i diskussionen. En sådan sociokulturell förklaringsmodell belyser de hälsomässiga olikheterna utifrån beteendemönster, livssituation och livsvillkor avseende framför allt arbetsförhållanden och familjesituation. Hälsoskillnader mellan könen som uppstår till följd av sociala och kulturella faktorer i samhället kan därmed tyda på ojämlika förutsättningar mellan kvinnor och män för ett hälsosamt liv.²¹

Könsskillnaderna i fråga om levnadsförhållanden, hälsorisker, livsstil samt hälsa har belysts genomgående i detta kapitel. Utifrån denna beskrivning kan följande sammanfattning göras:

- Det finns stora könsskillnader i kvinnors och mäns livsvillkor och livsstil, t.ex. i arbetsliv, parrelationer, familjeliv och deltagande i samhällsaktiviteter liksom när det gäller hälsovanor i stort, risktagande i förhållande till sitt liv och hur man uppfattar och värderar symptom och vilken benägenhet man har att söka vård.
- På den starkt könssegregerade arbetsmarknaden skiljer sig kvinnors arbetsuppgifter ofta från mäns liksom de hälsorisker de ut-

²¹ Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G. *Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Studentlitteratur. Lund 1996.

sätts för i arbetet. Män oftare än kvinnor utsätts för kemikalier, vibrationer, buller och mycket varma miljöer. Kvinnor är mer utsatta för våld, hot och mobbning, negativ stress (höga psykologiska krav i kombination med litet beslutsutrymme) samt drabbas oftare av belastningssjukdomar.

- ❑ Skillnaden mellan kvinnors och mäns medellivslängd är 5 år. Detta är inte unikt för Sverige. I de flesta av världens länder kan kvinnor förvänta sig ett längre liv än män. Dödligheten bland kvinnor är dessutom lägre i alla åldrar, t.o.m. på fosterstadiet.
- ❑ En stor del av mäns överdödlighet före 65 års ålder, jämfört med kvinnors, beror på olycksfall, självmord, alkoholrelaterade sjukdomar och sjukdomar i andningsorganen. Denna dödlighet har ett starkt samband med männens livsvillkor (t.ex. yrke och arbetsförhållanden) och "manlig" livsstil som speglar prestationsbehov, tävlingsinriktat beteende och risktagande (t.ex. alkoholkonsumtion, trafikbeteende och våldshandlingar).
- ❑ Kvinnor rapporterar oftare än män någon långvarig sjukdom, har fler symptom på både fysisk och psykisk sjuklighet, drabbas oftare av höggradigt nedsatt förmåga att utföra sina sysslor, konsumerar mer läkemedel (t.ex. lugnande medel och sömnmedel), går oftare till läkare och är oftare sjukskrivna. Skillnaderna är, oavsett ålderskategori, särskilt stora vad gäller rörelseorganens sjukdomar, huvudvärk, trötthet, sömnsvårigheter, oro och ångest.

Regionala skillnader i hälsa

Vid regionala jämförelser av hälsan måste hänsyn tas till ett antal "lokala" välfärdskomponenter och några demografiska variabler. Den lokala arbetsmarknaden, bostadsmarknaden, utbildningsutbudet, befolkningkoncentrationen, servicen och rekreativmöjligheterna m.m. liksom befolkningens ålders- och könsfördelning samt socioekonomiska struktur ligger ofta bakom de regionala skillnaderna i hälsa. Andra faktorer bakom hälsoskillnader mellan regioner kan vara olikheter i kultur och tradition, t.ex. i fråga om matvanor och dryckesvanor samt klimatskillnader. Förklaringar till regionala skillnader i hälsa försvåras av bristande kunskap om orsaksambanden. Undersökningar visar att hälsotillståndet kan

variera kraftigt även inom samma region.²² Befolkningen är betydligt friskare i de mest attraktiva bostadsområdena i storstadsregionerna, dvs. i den centrala innerstaden och i småhusområdena än i allmännyttans hyreshus i förorterna som byggdes under det s.k. miljonprogrammet. Till stor del kan sådana hälsoskillnader förklaras av områdenas sociala segregering. De regionala skillnader som har beskrivits tidigare i anslutning till olika problemområden kan sammanfattas på följande sätt:

- Nedgången i sysselsättning under de senaste åren har drabbat samtliga regioner. Stockholmregionen har dock den högsta förvärvsintensiteten.
- Problemen med otillräcklig sysselsättning och arbetslöshet stiger med minskad urbaniseringsgrad.
- Den grupp som har bäst hälsa och lägst dödlighet, de högre tjänstemännen, finns framför allt i storstads- och större tätortsområden.
- Spännvidden i fråga om livslängd mellan länen är 2,3 år för män (Gävleborgs län med 74,7 år och Kronobergs län med 77 år) och 1,9 år för kvinnor (Värmland med 80,2 år och Halland med 82,1 år).
- De regionala skillnaderna i fråga om förväntat antal år med full hälsa är betydande. De regioner där antalet förväntade friska år är minst är norra tätbygden och norra glesbygden. Flest förväntade år med full hälsa har man i Stockholmsregionen.
- Spädbarnsdödligheten kan vara mer än 50 procent högre i ett län än i ett annat. På kommunnivå finns ännu större skillnader.
- De regionala skillnaderna är också betydande i fråga om andel med vissa långvariga sjukdomar, andel barn med låg födelsevikt eller andel förtidspensionärer.

²² Stockholms läns landsting. *Folkhälsorapport 1994*. Stockholm 1994.

Etniska skillnader i hälsa

Varje beskrivning av invandrades hälsa och livsvillkor förutsätter en klar definition av begreppet invandrare. De kategorier man oftast avser kan vara "utrikesfödda", "utländska medborgare bosatta i Sverige", "svenska medborgare födda utomlands" och "inrikesfödda med invandrarbakgrund". Brist på en entydig definition av begreppet invandrare kan leda till felaktiga generaliseringar ifråga om bl.a. hälsoförhållanden.

Invandrarna i Sverige utgör en mycket heterogen grupp när det gäller levnadsförhållanden och hälsa. De tillgängliga statistikkällor som finns tyder på detta. Vissa invandrargrupper har generellt sett bättre levnadsvillkor och hälsa än andra. Vid jämförelser mellan svenskar och invandrare i vid bemärkelse framträder dock en samlad bild som tyder på betydligt större försörjningssvårigheter och bidragsberoende, svagare position på arbetsmarknaden, högre grad av arbetslöshet samt större risk för förtidspensionering hos invandrare. Invandrare är ofta överrepresenterade i yrken med de sämsta fysiska och psykosociala arbetsmiljöerna. Socialstyrelsens *Sociala rapport 1997* samt SCB:s undersökningar av levnadsförhållandena visar dessutom tecken på försämringar i invandrarnas levnadsförhållanden. Dessa studier visar att svårast har de som kommer från Sydeuropa eller från utomeuropeiska länder, oftast de som är 1980- och 1990-talets flyktingar och deras anhöriga.

Analys av invandrargruppernas levnadsförhållanden och hälsa försvåras ofta av brist på data. Urvalstorleken i befolkningsstudier medger vanligtvis inte detaljerade beskrivningar av enskilda invandrargruppers situation. Någon särskild studie av invandrades hälsotillstånd i Sverige som omfattar alla invandrargrupper har ännu inte genomförts. I de rikstäckande undersökningar som finns har endast finländska och jugoslaviska invandrades hälsoförhållanden kunnat analyseras. Utöver dessa två grupper har hitintills ingen invandrargrupps hälsa belysts i en för hela gruppen representativ studie. De flesta studier av invandrades hälsa är lokala och icke representativa undersökningar. Dessa studier tyder sammantaget bl.a. på att finländare har sämre fysisk hälsa jämfört med svenskarna medan jugoslaverna har sämre både fysisk och psykisk hälsa än svenskarna. Sjuktalet bland utländska medborgare ligger ca 70 procent över svenska medborgares nivå. Sydeuropéer har högre sjukfrånvaro och högre sjukpensioneringsfrekvens än svenskar. Tre av fyra av de grekiska och två av tre av de jugoslaviska kvinnorna över 50 år är förtidspen-

sionerade.²³ Hälsoskillnader mellan invandrare och infödda svenskar kvarstår även efter att hänsyn har tagits till skillnader ifråga om arbetslivsfaktorer²⁴ och familjesituation²⁵.

Tabell 6.2 Förekomst av olika hälsoindikatorer hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. Män i åldrarna 27–60 år. År 1996–97.

Hälsoindikatorer	Män födda i				
	Polen %	Chile %	Turkiet %	Iran %	Sverige ²⁶ %
Allmänt hälsotillstånd är mycket gott	33	37	32	30	50
Har långvarig sjukdom	38	38	37	31	32
Har sömnbesvär	21	32	28	33	13
Besväras av huvudvärk	15	28	21	21	9
Svåra besvär av ängslan, oro, ångest	4	8	7	14	2
Svår värk i skuldror, nacke eller axlar	12	16	17	14	7
Svår ryggvärk	17	18	21	15	8
Röker dagligen	42	37	56	45	21
Motionerar inte alls	19	26	36	26	14
Antal intervjuer	163	276	285	197	1523

Källa: Nationella folkhälsokommittén

År 1996 har Socialstyrelsen i samarbete med Folkhälsoinstitutet, Invandrarverket och Statistiska centralbyrån genomfört en intervjuundersökning av levnadsförhållanden i fyra invandrargrupper med speciell tonvikt på etableringen i Sverige samt hälsotillstånd.

²³ Emami A. Invandrarnas hälsotillstånd i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* 1997;5:252-7.

²⁴ Med arbetslivsfaktorer avses bl.a. arbetets kvalifikationsnivå och psykiska krav.

²⁵ Socialstyrelsen. *Invandrares hälsa och sociala förhållanden*. SoS-rapport 1995:5.

²⁶ Procentalen för svenskar kan variera något (max ± 3 procent) beroende av vilken invandrargrupp de jämförs med.

Studien genomfördes av Statistiska centralbyrån parallellt med undersökningen av levnadsförhållanden (ULF). De fyra invandrargrupperna som ingick i undersökningen är representativa för personer födda i Polen, Chile, Turkiet och Iran som har invandrat till Sverige under åren 1980–89 (invandrare från Iran under åren 1985–1989). Populationen avgränsades till att omfatta invandrare som var 20–44 år vid invandringstillfället. Närmare 70 procent av de 3 000 utvalda intervjupersonerna deltog i undersökningen.

I det följande redovisas preliminära resultat beträffande indikatorer på hälsotillstånd hos de fyra invandrargrupperna i åldrarna 27–60 år jämfört med personer födda i Sverige i motsvarande åldrar (tabell 6.2 och 6.3). Det bör påpekas att olikheter i socioekonomisk tillhörighet inte har beaktats.

Tabell 6.3 Förekomst av olika hälsoindikatorer hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. Kvinnor i åldrarna 27–60 år. År 1996–97.

Hälsoindikatorer	Kvinnor födda i				Sverige ²⁷
	Polen %	Chile %	Turkiet %	Iran %	
Allmänt hälsotillstånd är mycket gott	32	24	18	19	49
Har långvarig sjukdom	38	51	49	48	38
Har sömnbesvär	27	41	47	44	16
Besväras av huvudvärk	28	45	46	34	20
Svåra besvär av ängslan, oro, ångest	7	19	17	20	4
Svår värk i skuldror, nacke eller axlar	22	29	38	27	12
Svår ryggvärk	20	29	30	23	9
Röker dagligen	39	33	31	13	27
Motionerar inte alls	16	30	47	27	8
Antal intervjuer	405	295	241	118	1509

Källa: Nationella folkhälsokommittén

²⁷ Procentalen för svenskar kan variera något (max \pm 3 procent) beroende av vilken invandrargrupp de jämförs med.

Resultaten tyder på uppseendeväckande skillnader i självrapporterat hälsotillstånd mellan de fyra undersökta invandrargrupperna och svenskarna. Hälften av svenskarna bedömer sitt hälsotillstånd som mycket gott. Bland invandrade män anser endast en tredjedel detsamma. Skillnaderna i upplevd hälsa är ännu mer uttalade vid en jämförelse mellan kvinnogrupperna. Knappt en femtedel av turkiska och iranska kvinnor bedömer sitt hälsotillstånd som mycket gott.

Symptom på psykisk ohälsa förekommer betydligt oftare hos de undersökta invandrarna än hos svenskar. Sömnbesvär, huvudvärk samt svåra besvär av ångslan, oro och ångest tycks vara en mycket vanlig förekomst bland invandrare i samtliga grupper. Anmärkningsvärt höga andelar med psykiska symptom finns i denna undersökning bland kvinnor från Chile, Turkiet och Iran. Drygt var fjärde kvinna i dessa grupper har besvär med sömnen och rapporterar huvudvärk. Förekomst av svåra besvär av ångslan, oro och ångest är också vanligt.

Svår värk i skuldror, nacke, axlar och rygg rapporteras mellan två till fyra gånger oftare av invandrare än av svenskar. Andelen med svår värk i axlar är t.ex. 38 procent bland turkiska kvinnor och 12 procent bland svenskarna. Dessa symptom är ofta relaterade till monotont och ensidigt arbete som är vanligare bland kvinnor med invandrabakgrund än bland svenskor.

Andelen dagligrökare är särskilt hög bland turkiska män (56 procent) och relativt låg bland iranska kvinnor (13 procent). Andelen som inte motionerar²⁸ alls på fritiden är högst bland turkiska män (36 procent) och turkiska kvinnor (47 procent). Motsvarande andelar bland svenska män och kvinnor i motsvarande åldrar är 14 procent resp. 8 procent.

Sammantaget tyder resultaten på anmärkningsvärt stora skillnader i hälsa och livsstil mellan de undersökta invandrargrupperna och svenskarna. Även om de redovisade procenttalen inte är helt jämförbara mellan invandrargrupperna på grund av att skillnader i åldersstrukturen kan förekomma, antyder dessa ändå att det finns stora skillnader mellan invandrargrupperna. Det finns således skäl för att i befolkningsstudier om hälsa och levnadsförhållanden i vid bemärkelse klargöra begreppet invandrare och uppmärksamma den etniska tillhörighetens betydelse samtidigt som skillnaderna ifråga om t.ex. utbildning, socioekonomisk bakgrund, yrke, religion och skäl för invandring mellan de olika invandrargrupperna tydligare beaktas.

²⁸ Motion definieras som simning, skidåkning, lätt terränglöpning, raska promenader, cykling eller liknande.

7 Att sammanväga sjuklighet och dödlighet

Innehållet i korthet: För att kunna göra prioriteringar inom hälsopolitiken behövs underlag som bygger på jämförelser mellan olika sjukdomar och som tar hänsyn till bl.a. sjukdomarnas svårighetsgrad, om de är dödliga eller inte dödliga samt hur de drabbar unga resp. äldre människor.

Genom s.k. QALY:s och DALY:s kan sammanvägningar av sjuklighet och dödlighet göras. QALY:s använder livskvalitetsvikter och DALY:s funktionsnedsättningsvikter. Båda metoderna bygger på att olika sjukdomstillstånd ges olika vikt och att dessa vikter är adderbara, dvs. att många sjukdomsfall med en låg vikt kan anses vara lika allvarliga som ett sjukdomsfall med en hög vikt.

För närvarande pågår arbete med att utarbeta en svensk DALY-kalkyl. Vidare sker arbete med att värdera ojämlikhet i hälsa i förhållande till hälsoliv för hela befolkningen, dvs. att utveckla jämlikhets-DALY:s. Även utvecklingsarbete om olika riskfaktors betydelse för sjukdomsburden i en befolkning pågår. Sådan kunskap bedöms vara av stort värde för hälsokonsekvensbedömningar av olika politiskt beslutade åtgärder.

Föregående kapitel gav ett flertal exempel på förekomsten av olika sjukdomar i befolkningen. Genom statistiska beräkningar kan de siffrorna göras jämförbara mellan olika landsändar, befolkningsgrupper och över tid. För den som skall prioritera kvarstår dock problemen att jämföra olika sorters sjukdomar och skador. Hur skall man egentligen väga ihop och skaffa sig en samlad bild av sjuklighet som drabbar ung resp. gammal, som kan vara svårare eller lättare, dödlig eller icke dödlig? Det handlar med andra ord om att väga sjukdomstillstånd mot sjukdomstillstånd, sjuklighet mot död, sjuklighet och död bland unga mot sjuklighet och död bland äldre, samt sjuklighet och död nu mot i framtiden.

Formuleringen av mål och prioriteringar för hälsopolitiken är en process där sådana avvägningar görs, vare sig de är resultatet av med-

vetna val eller inte. Vilken roll spelar det vetenskapliga underlaget och vilken roll spelar personliga erfarenheter, mediauppmärksamhet, intresseorganisationer, kostnadsaspekter, preventions- och behandlingsmöjligheter m.m. i dessa prioriteringssituationer? Den politiska processen blir mera tydlig om det är möjligt att skilja ut vad som är faktaunderlag med alla de brister och ofullkomligheter som finns när det gäller att beskriva befolkningens hälsoförhållanden och vad som är etiskt och politiskt grundade värderingar.

Vi skall i detta kapitel redovisa ett par nya tekniker – s.k. DALY:s och QALY:s – vars syfte är att ge en samlad bild av sjuklighet och dödlighet, för att möjliggöra jämförelser mellan olika sjukdomstillstånd. Skälet för att kommittén valt att lyfta fram och beskriva teknikerna är att dessa blivit allt mer uppmärksammade i folkhälsopolitiska sammanhang. Det skall redan nu framhållas att teknikerna förutsätter att en rad svåra och kontroversiella värdeantaganden måste göras. Vår redovisning i det följande skall inte uppfattas som att kommittén tagit ställning för de båda teknikerna.

7.1 Värdeantaganden

Om räknandet av antalet sjuka är relativt värderingsfritt (bortsett från de icke triviala problemen att definiera vad som är en sjukdom och vem som har den) så är sammanvägningen av sjukligheten till en och samma dimension ingen värdeneutral verksamhet.

Hur skall t.ex. en sjukdom värderas mot en annan? Alla kan nog hålla med om att multipel skleros (MS) är en allvarligare sjukdom än hösnuva. Men hur mycket allvarligare? Och hur skall MS jämföras med kärlkramp? Fördelningen av medel till såväl forskning som åtgärder på preventiv, kurativ och rehabiliterande nivå uttrycker implicit sådana graderingar. Hur skall potentiellt dödliga sjukdomar som cancer jämföras med icke-dödliga som förslitna höfter? Visst är dödliga sjukdomar värre, men hur mycket värre? Det faktum att inte alla medel går till cancerprevention och vård utan också till sjukgymnastik och höftledsprotoser innebär rimligen att vi gör någon sorts avvägning. Om man vill göra en mer systematisk gradering av olika sjukdomar, vem skall då göra det? Skall det vara professionella som har sett patienter med många olika sjukdomar och som därför kan jämföra eller skall det vara lekmän? Om det skall vara lekmän kan man fråga sig om det bör vara de som själva har sjukdomen och som därför vet hur det är, eller om det skall vara företrädare för allmänheten – politiker eller andra.

Många av de levnadsår som förloras eller vinnas inträffar långt fram i tiden. Hur skall då t.ex. hälsovinster i år och nästa år (som exempelvis

förbättrad funktionsförmåga på grund av kranskärlsoperationer) vägas mot framtida hälsovinster som kanske visar sig först efter 20 år, t.ex. minskad hjärt-kärl-sjuklighet genom ökad motion och minskad rökning bland unga? När det gäller rent ekonomiska överväganden hanteras dessa frågor om näraliggande och mer avlägsna vinster genom en teknik som kallas diskontering. De flesta väljer nog en hundralapp i dag hellre än en om ett eller tio år, även om den är inflationsjusterad. Med diskonterade värden uttrycker man nuvärdet av framtida kostnader eller intäkter. Uttryckt i siffror kan man lägga fast en diskonteringsränta. Om man t.ex. anser att en (inflationsjusterad) hundralapp om ett år är lika mycket värd som 95 kronor i dag så görs en diskontering med en diskonteringsränta på 5 procent. Frågan är om man kan föra motsvarande resonemang för framtida hälsovinster?

Det är inte svårt att finna exempel på argument både för och emot diskontering av framtida hälsovinster. Ta ett rökavvänjningsmöte där stora hälsovinster kommer att göras om tjugo år genom den medicinskt kunnige föreläsarens försorg. En samtidig hjärtinfarkt utanför dörren kommer dock med största sannolikhet att leda till att mötet avbryts för att föreläsaren skall ta hand om den sjuke, dvs. en näraliggande hälsovinst prioriteras före större framtida hälsovinster. Här sker således en diskontering.

Ett annat exempel – vaccinationer av barn – illustrerar en situation där det inte sker någon diskontering. Vaccinationerna görs trots omedelbara besvär med smärta och ibland feber, eftersom de framtida hälsovinster bedöms värdefulla.

Även när det gäller dödsfall innebär jämförelser värderingar. Ta t.ex. ett dödsfall som drabbar en 17-årig flicka. Det innebär att 64 levnadsår går förlorade därför att den återstående medellivslängden för 17-åriga flickor i Sverige är 64 år och flickan antagligen skulle ha levt ytterligare så många år. Ett dödsfall hos en 80-årig kvinna betyder på motsvarande sätt åtta förlorade år (eftersom den återstående förväntade livslängden för en 80-årig kvinna är åtta år). Skall dödsfallet för flickan av detta skäl räknas som lika allvarligt som åtta dödsfall bland 80-åringar eller innebär de två dödsfallen en lika stor förlust?

Man kan också överväga hur målet om minskade klyftor i ohälsan mellan olika grupper skall påverka bedömningen. Män har betydligt högre dödlighet än kvinnor i samma ålder. Skall därför förlorade levnadsår i dödsorsaker som särskilt bidrar till denna överdödlighet väga tyngre än förlorade levnadsår i andra dödsorsaker?

Ovanstående frågor belyser värdeval som ofta görs, medvetet eller omedvetet. Ett försök att sammanväga sjuklighet i ett gemensamt mått som underlag för en prioriteringsdiskussion bl.a. i det förebyggande arbetet skulle, om det är möjligt, synliggöra dessa val. Det finns några

tekniska lösningar som söker svara mot bl.a. dessa behov. Mest kända är QALY:s och DALY:s.

7.2 Tekniska lösningar

7.2.1 QALY:s konstruktion

Kvalitetsjusterade levnadsår (Quality Adjusted Life Years, QALY) medger, givet vissa värdeantaganden, jämförelser mellan sjukdomar och mellan levnadsår förlorade i för tidig död och i sjuklighet.¹ QALY:s används främst som utvärderingsmått för olika behandlingar av enskilda patienter, t.ex. i fallet cellgiftsbehandling av cancer. Med vilken livskvalitet förlängs livet för patienten? Hur förhåller sig läkemedel A med färre biverkningar men sämre effekt på överlevnad till läkemedel B som har bättre överlevnadseffekt men till priset av allvarligare biverkningar? I en sådan situation är det vanligtvis de enskilda patienterna själva som får väga betydelsen av olika tillstånd som kan vara förknippade med sjukdomen och behandlingen. På så sätt kan man komma fram till att ett visst antal år med behandlingen A:s färre biverkningar är lika mycket värda som ett visst större antal år med behandlingen B till priset av mer biverkningar.

Vid kostnads-nyttö-analyser med QALY-måttet på nytta brukar man oftast diskontera så att såväl framtida kostnader för behandlingen som framtida hälsovinster diskonteras med samma ränta.² Med tanke på att diskontering i första hand har varit aktuellt när det gäller ekonomiska investeringar och deras framtida avkastningar så kan man undra om man på samma sätt kan tala om investering i hälsa. Även om det givetvis inte är möjligt att avstå ett levnadsår nu för att i gengäld ha kvar det senare, kan man mycket väl tala om att avstå från en viss njutning nu för att i stället få flera friska år i framtiden.

Vid QALY-beräkningar har det vanligtvis inte gjorts någon åldersviktning så att ett år för personer i yrkesverksam ålder är mer värt än för barn och äldre. Man brukar inte heller ta hänsyn till fördelningsaspekter i den betydelsen att år som räddas för grupper med högre dödlighet är mer värda än för grupper med lägre dödsrisk.

¹ Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* 1982;1:61–80.

² Drummond MF, O'Brian B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press. Oxford 1997.

Kostnads-nyttokalkyler med hjälp av QALY:s har i första hand använts för att jämföra olika behandlingar av samma sjukdom men även för att jämföra olika åtgärder för olika sjukdomar och då med tyngdpunkt på sjukvårdsinsatser. Som instrument för att göra mer övergripande hälsopolitiska prioriteringar för hela befolkningar har tekniken hittills inte använts. Här har det i stället under 1990-talet på basis av QALY:s utvecklats ett nytt mått som skiljer sig på vissa väsentliga punkter.

7.2.2 DALY:s konstruktion

Funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALY) används för att mäta sjukdomsördan i en befolkning eller befolkningsgrupp vid en viss tidpunkt. Världshälsoorganisationen (WHO) och Världsbanken utvecklade och använde detta mått för att mäta sjukdomsördan i de olika världsdelen. Resultatet publicerades bl.a. i *World Development Report 1993 – Investing in Health*³ och används som namnet antyder som underlag för beslut om hälsopolitiska prioriteringar. Måttet har utvecklats något och funnit bred användning i stora delar av världen.⁴

Som underlag för att förstå måttets konstruktion kan man tänka sig ett önskvärt livsförlopp som nedan (figur 7.1).

Figur 7.1 Illustration av tänkt livsförlopp där man lever 85 år med full hälsa och funktionsförmåga och sedan dör.

Funktionsförmåga



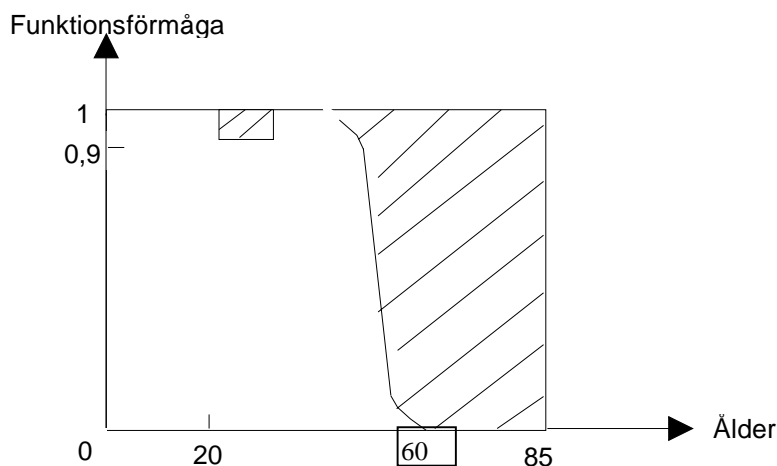
³ The World Bank. *Investing in Health. World Development Report 1993*. Oxford University Press. NY 1993.

⁴ Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease*. Harvard University Press. Cambridge MA 1996.

Figuren uttrycker alltså det önskvärda i att få leva sitt liv med full hälsa ända tills man dör. Man kan också se det som att varje människa har en biologisk potential vid födseln för ett långt och friskt liv.

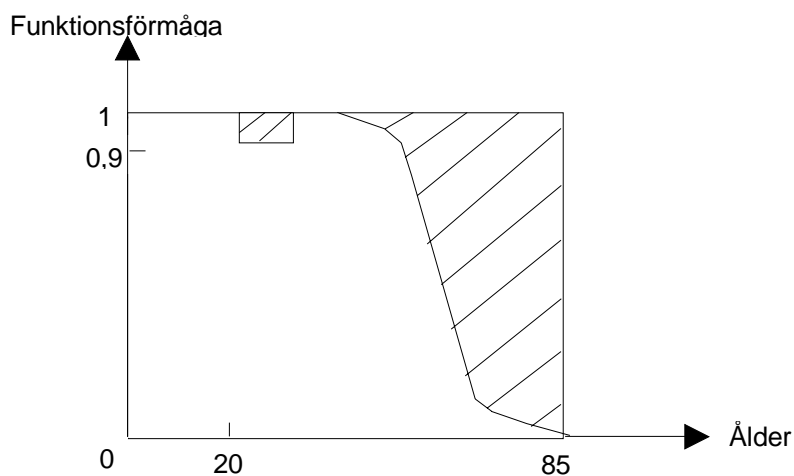
Vi drabbas emellertid av olika sjukdomar och ett schematiserat livsförlopp ser kanske i själva verket ut som nedan (figur 7.2–7.3):

Figur 7.2 Ett schematiserat livsförlopp med en sjukdomsperiod i 20-årsåldern och sedan några år med cancer före dödsfallet vid 60 år



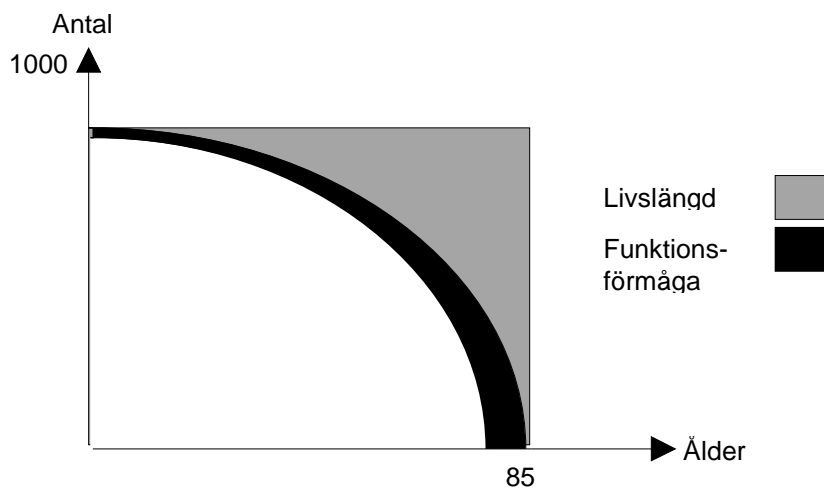
Efter en frisk start drabbas personen av en knäskada vid 20 års ålder som följd av en motorcykelolycka (se figur 7.2). Denna skada sätter ner funktionsförmågan under ett antal år tills en knäoperation återställer full funktion. För det framtida livet ser vi två scenarier: Antingen en cancer i 50-årsåldern som efter några år snabbt leder till döden vid 60 år (figur 7.2). Alternativt klarar sig personen från cancern och får i stället demens vilken nedsätter funktionsförmågan till en låg nivå under lång tid före döden (figur 7.3). Jämfört med sin potential för friskt liv förlorar alltså individen den friska livstid som faller utanför kurvan (det skuggade området).

Figur 7.3 Ett schematiserat livsförlopp med en sjukdomsperiod som ung och sedan många års låg och sjunkande funktionsförmåga på grund av demens före dödsfallet vid 85 års ålder.



På befolkningsnivå visas motsvarande i figur 7.4.

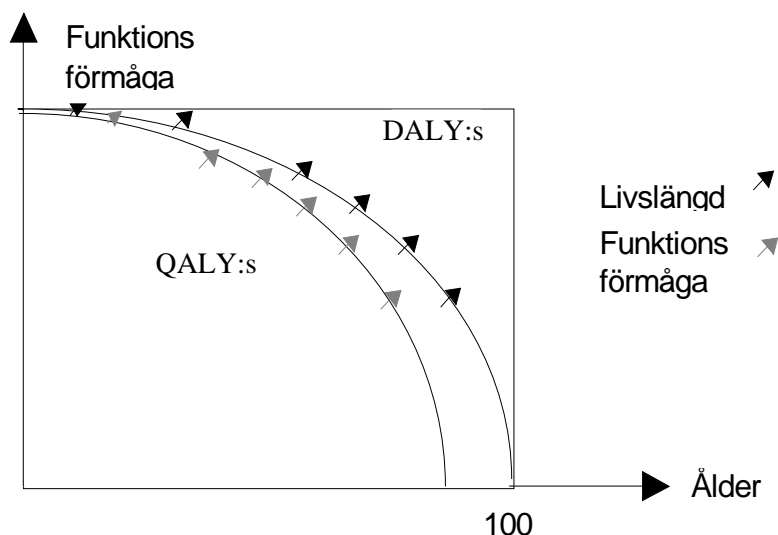
Figur 7.4 Schematiserad bild av en generation på 1000 barn som med stigande ålder drabbas av död och sjukdom med sänkt funktionsförmåga.



Av 1000 levande födda dör några redan i barnaåldern. Mellan världens länder varierar dödligheten före ett års ålder mellan ca 5 och 200 av dessa 1000 barn. Andra dör senare och vid 100 års ålder är nästan alla döda. Den övre kurvan exemplifierar detta. Andra drabbas av funk-

tionsnedsättning. En missad poliovaccination kan t.ex. innebära en förlamning redan i barnaåldern. Med stigande ålder blir fler och fler sjuka och får nedsättning av funktion eller livskvalitet (den nedre kurvan). Förlusten av friskt liv har alltså två komponenter: förlusten genom för tidig död (det övre skuggade området) och förlusten genom sjuklighet (området mellan kurvorna)

Figur 7.5 Hälso- och sjukvårdspolitikens mål är att minimera död och sjuklighet, dvs. att "flytta ut kurvorna i hörnet".



Som figuren antyder mäter alltså DALY-måttet förlusten av friskt liv, dels som år förlorade i för tidig död och dels som år förlorade på grund av nedsatt funktionsförmåga. Antalet DALY:s är en addition av antalet år förlorade genom för tidig död och antalet motsvarande år "förlorade" genom förlorad funktionsförmåga. Medan DALY:s således beskriver de år som förloras i sjukdom och död är QALY:s som nämnts tvärtom ett mått på levda år justerat för livskvalitet. Så medan DALY:s skall minimeras skall QALY:s maximeras.

Vikter

Båda måtten använder vikter för att kunna jämföra sjukdomstillstånd. QALY:s använder livskvalitetsvikter och DALY:s funktionsnedsättningsvikter (disability weights). Användandet av vikter av denna sort är

en av grundpelarna inom hälsoekonomin. Förenklat kan man tänka sig en linje med ändpunkterna 0 och 1. Ändpunkterna på linjen definieras som ingen resp. full funktionsnedsättning och sägs motsvara tillstånden fullt frisk resp. död.

0	1
Ingen funktionsnedsättning	Total funktionsnedsättning
Fullt frisk	Död

Uppgiften blir sedan att inplacera alla sjukdomstillstånd på denna skala. Frågan blir då vem som skall göra denna värdering och hur man skall gå till väga.

Det pågår för närvarande en diskussion, både i Sverige och internationellt, om vem som skall göra dessa värderingar och vilka aspekter som skall beaktas i detta värderingsarbete.⁵ Olika skolor finns som antingen frågar patienter, allmänhet, politiker eller friska människor med insikt om vad sjukdomstillstånden innebär. Aspekter som beaktas är bl.a. smärta, funktionsnedsättning, arbetsförmåga och oro. Olika tekniker finns dessutom utprovade för att vikterna skall bli så rättvisande som möjligt. Den mest använda i DALY-sammanhang kallas för "person trade off"^{6 7} och ligger i sin konstruktion ganska nära den politiska prioriteringsprocessen där en ändlig budget för en given befolkning skall fördelas mellan olika sjukdomstyper. Forskningsresultat från bl.a. Norge, England, Australien och Nya Zeeland tycks även tyda på att denna metod bäst uttrycker den prioritet människor i allmänhet vill ge till förebyggande av död och botande av allvarliga sjukdomar jämfört med lindrigare tillstånd.⁸

Med "person trade off" teknik genomförde WHO en kartläggning av de större sjukdomstillståndens funktionsvikter med hjälp av en internationell grupp friska människor med kännedom om sjukdomars ytt-ringar.⁹ Man bestämde i detta sammanhang att ta hänsyn till funktionsnedsättning (disability) men inte handikapp då detta är specifikt för

⁵ Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford Medical Publications. Oxford 1987.

⁶ Murray CJL, Lopez AD. a. a.

⁷ Nord E. Methods for quality adjustment of life years. *Soc Sci Med* 1992;34:559–569

⁸ Nord E. *Health status index models for use in resource allocation decisions. A critical review in the light of observed preferences for social choice. International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1996;12:1:31–44.

⁹ Murray CJL, Lopez AD. a.a.

olika samhällen och kulturer. Merparten av tillstånd hamnar då mycket nära 0. Förkylning hamnar någonstans på 0,01 medan förslitna höfter med ständig värk hamnar runt 0,2 och allvarigare tillstånd som t.ex. demens kring 0,8. Ett viktigt antagande bakom denna metod är att hälsoförluster är adderbara. Med andra ord förutsätter tekniken att man kan acceptera tanken på att 20 sjukdomsfall med vikten 0,02 är lika allvarligt som 1 fall med vikten 0,40. Sverige är nu med i ett europeiskt samarbetsprojekt för att ta fram nationella tillståndsvikter.

Beräkandet av förlorade friska levnadsår (DALY:s)

Med hjälp av epidemiologisk kunskap om förekomsten av sjukdomstillstånd i befolkningen samt dessa tillståndsvikter kan antalet motsvarande friska år förlorade i sjukdom beräknas. Enklast illustreras detta som ett tänkt livsförlopp.

Antag att en man drabbas av en trafikolycka vid 35 års ålder. Han får omfattande benbrott och svårt att gå för resten av livet, ett tillstånd som kan sägas ha funktionsvikten 0,1. Vid 60 års ålder dör han i hjärtinfarkt. Han kommer alltså att leva med en trafikskada i $60-35=25$ år samt förlora 22 år genom för tidig död därför att den återstående medellivslängden vid 60 års ålder beräknas till 22 år.

Antalet DALY:s som förloras på grund av trafikolyckan blir då antalet år multiplicerat med funktionsvikten: $25 * 0,1=2,5$ DALY:s. Personen förlorar alltså motsvarande 2,5 friska levnadsår på grund av sin skada och dessa sätts upp på "trafikolycksfallskontot". Han förlorar också $22 \text{ år} * 1$ (total funktionsförlust) genom att dö tidigt i hjärtinfarkt och dessa 22 DALY:s sätts upp på "hjärtinfarktkontot".

Genom att på detta sätt gå igenom alla sjukdomar och dödsorsaker och sätta upp det motsvarande antalet friska levnadsår som förloras (antalet DALY:s) på resp. sjukdomskonto får man en möjlighet att jämföra den relativa storleken på sjukdomar vare sig de är mer eller mindre allvarliga, dödliga eller ej och oavsett vilken åldersgrupp de drabbar.

Även om man kan få fram nödvändiga epidemiologiska data för att göra dessa kalkyler återstår att ta ställning i de värderingsfrågor som berörts inledningsvis.

En första fråga är om man vid beräkning av antalet förlorade år skall beräkna den återstående medellivslängd som råder i den befolkning som studien gäller såsom är brukligt vid QALY-beräkningar. Om man med befolkning t.ex. menar en viss kommun betyder det att ett räddat dödsfall räknas som mer värt i en kommun med längre medellivslängd än i en kommun med kortare medellivslängd, vilket brukar vara kommuner med sämre levnadsförhållanden. Det förefaller knappast rimligt

och många vill hävda att man i stället skall använda dödligheten i Sverige som norm om det är inom hela landet prioriteringar skall göras. WHO och Världsbanken avsåg att göra globala prioriteringar och valde därför dödligheten i en tänkt befolkning med mycket låg dödlighet där medellivslängden är 80,0 år för män och 82,5 år för kvinnor som fick gälla för beräkningar i alla delar av världen oavsett den lokala medellivslängden.

WHO och Världsbanken bestämde dessutom i sin kalkyl att både diskontera och åldersvikta. Diskontering av värdet av framtida hälsovinsten skedde med 3 procent per år och ålderviktningen på så sätt att år levda i åldern 3 år har värdet 0,5 ökande till ett maximum på 1,5 i åldern 25 år och sedan gradvis sjunkande till vikten 0,5 i åldern 80 år. Det är osäkert om dessa antaganden skulle vara i samklang med svenska värderingar.

En svensk DALY-kalkyl tas för närvarande fram av Karolinska institutet i samarbete med Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen.

7.3 Pågående utvecklingsarbete

Eftersom orsakerna till skillnader i sjukdomsburda mellan olika grupper är en viktig hälsopolitisk fråga, är det angeläget att kunna uppskatta olika sjukdomars del av skillnaderna. Det faktum, exempelvis, att depressioner och rörelseorganens sjukdomar inte endast är allmänt utbredda hälsoproblem utan även utgör en särskilt stor del av lågutbildade kvinnors översjuklighet kan vara skäl att väga in beräkningarna. Välfärdsekonomisk teori har gett utgångspunkter för sådana beräkningar^{10 11} men kräver ett politiskt ställningstagande till hur man värderar ojämlikhet i förhållande till nivån för hela befolkningen¹². När man väl tagit ställning till detta kan man på detta sätt beräkna vad som kan betecknas som "equity sensitive quality adjusted life years" – EQALY:s eller EDALY:s. Med ett mått får man då svar på den fråga som ställdes i kapitel 2 om hur man skall värdera en dödlighetsutveckling som den i Sverige med sjunkande allmän dödlighet men växande sociala klyftor i överlevnad.

¹⁰ Atkinson AB. On the measurement of inequality. *J. Econ. Theory* 1970;2:244–263.

¹¹ UNDP. *Human Development Report 1995*. Oxford University Press. NY 1995.

¹² Lindholm L, Rosén M, Emmelin M. An epidemiological approach towards measuring the trade-off between equity and efficiency in health policy. *Health Policy* 1996;35:205–216.

Prioriteringar i hälsopolitiken sker ofta inte bara i sjukdomstermer utan också i termer av riskfaktorer i miljö eller levnadsvanor. Det finns en epidemiologisk teknik med vilken man kan beräkna hur stor del av sjukligheten i en befolkning som försvinner om man minskar förekomsten av en bidragande orsak (se kapitel 2) från en nivå till en annan, exempelvis om andelen som röker minskar från 20 procent till 10 procent.¹³ Många riskfaktorer påverkar många olika sjukdomar och skadetyper och man kan därför behöva addera deras andelar av sjukdomsbördan för varje sjukdom för att få en samlad bild av betydelsen av olika riskfaktorer. DALY-måttet möjliggör sådana samlade bedömningar av olika riskfaktors betydelse för sjukdomsbördan i befolkningen därför att andelarna uttrycks i samma tidsenhet – förlorade funktionsjusterade år.

Detta kan vara av stort praktiskt värde om man vill göra hälsokonsekvensbedömningar av olika politiska åtgärder. En given åtgärd kan tänkas påverka olika riskfaktorer samtidigt, ibland med motsatt riktade hälsoeffekter och med effekter på olika sjukdomar. Dessutom kan vissa effekter komma efter kort tid och andra längre fram. De kan också tänkas påverka olika grupper i befolkningen på olika sätt. Med hjälp av DALY-beräkningar kan man därmed väga ihop olika effekter till en samlad "nettoeffekt" av en given åtgärd.

I WHO:s och Världsbankens analys byggdes beräkningar av sjukdomsbördan ut med beräkningar av kostnader och effekter (i termer av DALY:s) av olika förebyggande och behandlande åtgärder.¹⁴ Inom en given hälso- och sjukvårdsbudget kunde man därav beräkna vilka de prioriterade åtgärderna är som skulle ge den maximala effekten i termer av räddade funktionsjusterade levnadsår. Ett sådant angreppssätt reser flera nya frågor av etisk karaktär. Är exempelvis en insats som räddar ett antal DALY:s bland personer med relativt lindriga symtom lika mycket värda som en insats som räddar lika många DALY:s bland personer med svåra handikapp? En viktig aspekt är att man med både DALY:s och QALY:s undviker att värdera hälsa i monetära termer. Det är också viktigt att betona att dessa verktyg är avsedda att vara ett stöd för beslutsfattandet på politisk nivå när det gäller befolkningar men inte på klinisk nivå i det enskilda fallet.

¹³ Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiological Research*. Lifetime Learning Publications. Belmont CA. 1986.

¹⁴ The World Bank. Investing in Health. *World Development Report 1993*. Oxford University Press. NY 1993.

8 Utgångspunkter inför det fortsatta arbetet med nationella folkhälsomål och strategier

Kommittén har i det föregående, som en bakgrund till arbetet med nationella hälsomål och strategier, lämnat en ganska ingående beskrivning när det gäller bl.a. begrepp inom folkhälsoområdet, folkhälsopolitikens framväxt, folkhälsoarbetets organisation och inriktning samt hälsoläget hos befolkningen. Vår avsikt är att i detta kapitel föra en diskussion om och redovisa ett antal utgångspunkter eller principer som vi bedömer är väsentliga inför vårt fortsatta arbete.

8.1 Hälsopolitikens möjligheter och begränsningar

Vår bedömning: Folkhälsopolitiken måste beakta alla förändringar och verksamheter som påverkar befolkningens hälsa. Man kan därvid särskilja hälsoeffekter från övergripande ekonomiska, sociala eller miljömässiga förändringar och hälsoeffekter direkt relaterade till olika specifika folkhälsoinsatser. Metoder och former för hälsokonsekvensbedömningar bör vidareutvecklas så att de på sikt utgör en integrerad del av såväl politiska som andra beslut av betydelse för folkhälsan. Vid utformningen av specifika folkhälsoinsatser bör särskilt beaktas de samband som finns mellan livsvillkor och levnadsvanor.

Årtionde efter årtionde under hela detta århundrade har vi i Sverige kunnat konstatera att medellivslängden ökat och de stora folksjukdomarna minskat. Samtidigt har vi också konstaterat att stora sociala skillnader i hälsa kvarstår bland såväl barn som kvinnor och män.

Bakom denna utveckling ligger i första hand en ökning av befolkningens välbefinnande och hur den varit fördelad mellan olika social- och yrkesgrupper.

En del av de förbättringar som skett är ett resultat av en medveten folkhälsopolitik och bättre sjukvård.

Hälsoutvecklingen utgör således en integrerad del av samhällsutvecklingen. Detta samband står sällan i fokus vid traditionella medicinskt orienterade analyser av olika sjukdomars orsaker. Perspektiven snävas in till enskilda riskfaktorer och markörer på ohälsa. I detta snävare perspektiv är det naturligt att fokusera på insatser mot specifika riskfaktorer. Är man inte medveten om att de är nära relaterade till individens och familjens livsvillkor i stort finns en uppenbar risk att insatsen blir mindre effektiv eller helt misslyckas.

Det finns också i detta snävare perspektiv en tendens att över-skatta de specifika folkhälsoinsatsernas betydelse för hälsoutvecklingen och underskatta – eller inte uppmärksamma – de ur ett folkhälsoerspektiv positiva och negativa förändringar som sker i samhället i stort.

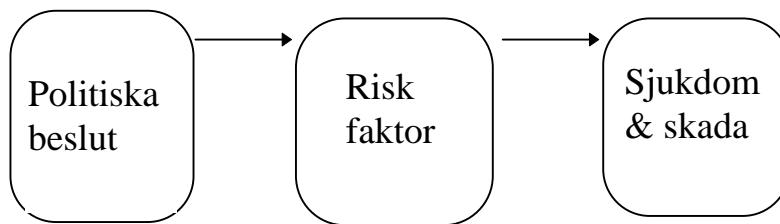
Mot denna bakgrund finns det goda skäl att särskilja hälsoeffekter relaterade till olika typer av samhälls- och miljöförändringar från hälsoeffekter som är ett direkt resultat av specifika folkhälsoinsatser.

Hälsokonsekvensbedömningar är ett av de verktyg som kan belysa effekterna för folkhälsan eller på riskpanoramat vid olika typer av samhälls- och miljöförändringar.

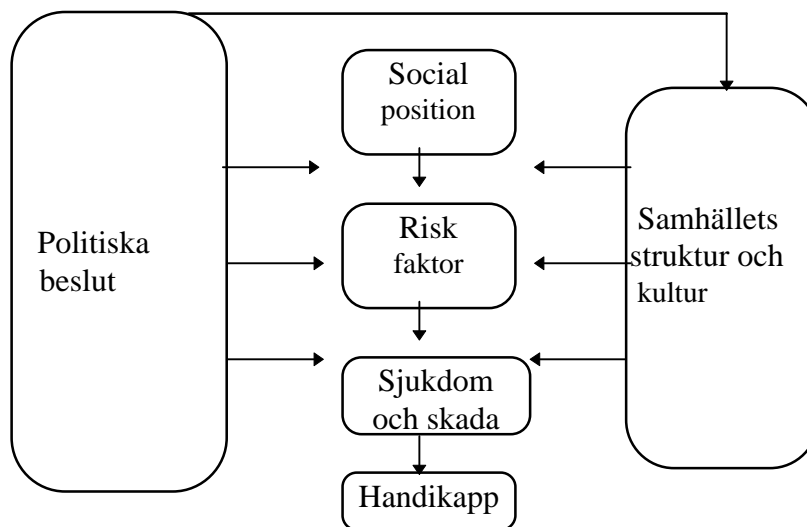
8.1.1 På vilket sätt har politiken hälsokonsekvenser?

Ofta tänker vi på hälsokonsekvenser enligt en enkel modell (figur 8.1). Samhällsförändringar och politiska beslut – eller brist på beslut – påverkar en eller flera risker som i sin tur påverkar risken för sjukdom och skador. Riskfaktorn kan t.ex. vara arbetslöshet, ekonomiska strategier och arbetsmarknadspolitik.

Detta är dock en alldeles för enkel modell för att analysera hälsokonsekvenser av sociala och ekonomiska förhållanden. Det krävs även att man beaktar betydelsen av att människor har olika positioner i vårt samhälle t.ex. som företagare, tjänstemän, arbetare, studerande eller pensionärer. Vi brukar beteckna detta som socioekonomisk grupp.

Figur 8.1 Hälsokonsekvenser – en enkel modell

Vår position i relation till andra bestäms också i hög grad av ålder, kön och etnisk bakgrund. När vi intresserar oss för hälsans jämlikhetsaspekter handlar det om olikheter i sjukdomsrisk och sjukdomskonsekvenser mellan grupper definierade på detta sätt (se figur 8.2). Individens sociala position är på många sätt avgörande för vilka levnadsvillkor och levnadsvanor man utsätts för. Risken för att vara utsatt för hälsovådliga risker i arbetslivet, att bo i torftiga bostadsområden, att vara utsatt för våld etc. är starkt beroende av social position i betydelseerna ovan. Men det är också så att människor är olika sårbara för en och samma hälsorisk. Arbetslöshet eller en viss hög alkoholkonsumtion har exempelvis något olika effekter beroende på ålder, kön och social position/bakgrund.

Figur 8.2 Hälsokonsekvenser – en utvecklad modell

Sambandet mellan social position och hälsorisk är dock starkt beroende av det samhälle vi lever i. I ett rasistiskt samhälle är risken att

vissa minoriteter skall bli utsatta för våld större än i ett samhälle som är mera tolerant. Graden av jämställdhet mellan män och kvinnor i ett samhälle påverkar styrkan i sambandet mellan genus och levnadsvillkor.

Även om det till stor del saknas forskning inom området, finns det mycket som talar för att effekten på individen av olika risker kan vara beroende av skyddande faktorer i samhället. Personliga relationer och nätverk av kontakter förstärker individens sociala kapital som i hög grad förefaller ge förbättrade förutsättningar för ett liv med god hälsa.

Människor lever således i ett socialt sammanhang som består av samhällets struktur och kultur och detta påverkar hälsoriskernas omfattning, fördelning och effekt. Samhällsstrukturen och inte minst kraven i arbetslivet påverkar även de sociala konsekvenserna av att vara långvarigt sjuk eller att ha en funktionsnedsättning. Men även här spelar normer och attityder en viktig roll.

Utifrån denna modell öppnar det sig en lång rad möjligheter att påverka hälsoutvecklingen sammantaget och för olika grupper i befolkningen:

- En avgörande utgångspunkt är att man vet vilka riskfaktorer i vår miljö och livsstil som har olika hälsoeffekter. Det är också önskvärt att vi kan kvantifiera betydelsen av olika riskfaktorer för sjukdomsbördan i den svenska befolkningen (se kapitel 7).
- Det är ur ett jämlikhetsperspektiv också viktigt att vi vet något om riskfaktorernas förekomst i olika grupper i befolkningen. Hälsopolitikens främsta instrument är att påverka förekomsten av riskfaktorer och det mesta av det svenska samhällets framgångsrika hälsopolitik – t.ex. i. arbetslivet – har haft till syfte att skydda utsatta grupper mot olika riskfaktorer.
- Men hälsopolitiken kan även påverka människors sårbarhet. Vi vet att en stark känsla av hjälplöshet kan medföra att de psykiska effekterna av arbetslöshet och andra kriser i livet kan bli svårare än annars. Att ge människor ökade möjligheter att påverka och kontrollera sina liv på arbetet och utanför kan minska vår sårbarhet och öka förmågan att bemästra svårigheter. Vi har också vacciner och läkemedel med vilka vi kan påverka människors sårbarhet inför vissa biologiska riskfaktorer.
- Politiken kan i hög grad påverka de urvalsmekanismer i samhället som gör att vissa grupper drabbas av flera och svårare hälsorisker än andra. En sådan process är segregationen på bostadsmarknaden. Den påverkar exempelvis i hög grad vilka levnadsvillkor barn med olika bakgrund i termer av etnisk bakgrund, hudfärg och social klass får och därmed deras livschanser i mera

hälsomässig bemärkelse. Skolan kan också ha en starkt segregande eller integrerande funktion av betydelse.

- Hälsopolitiken påverkar inte enbart risken att bli sjuk utan även konsekvenserna av att vara sjuk. Det gäller dels sjukvårdens insatser för att påverka sjukdomsförlopp, överlevnad och funktionsnedsättning, dels socialförsäkringarnas och handikappolitikens möjligheter att påverka de sociala och ekonomiska konsekvenserna av att vara sjuk.
- Slutligen är det uppenbart att politiken inte enbart påverkar individers risk för och konsekvenser av att bli sjuk. Politiken har kanske sin långsiktigt främsta roll i att skapa strukturella och kulturella förutsättningar i samhället för att upprätthålla en social sammanhållning och solidaritet utan vilken de många komponenterna i en effektiv och jämlik hälsopolitik varken kan genomföras på papperet eller upprätthållas ute i den praktiska verksamheten.

I utformningen av den konkreta hälsopolitiken finns – liksom på andra av politikens områden – många målkonflikter. En viss åtgärd kan minska förekomsten av en riskfaktor men öka en annan och en riskfaktor kan ha effekter på en sjukdom medan en annan påverkar en annan sjukdom. Det är också så att vissa åtgärder som är effektiva totalt sett inte alltid medför minskad ojämlikhet i ohälsans fördelning. Man kan då behöva instrument med vilka man kan

- kvantifiera effekten av olika riskfaktorer på olika sjukdomar (etiologisk fraktion)
- kvantifiera olika sjukdomars börda på befolkningen i termer av förlorat liv i dödsfall, sjukdom och funktionsnedsättning. (s.k. DALY:s)
- väga ihop effekter av olika riskfaktorer på ohälsans omfattning och fördelning. (s.k. E-DALY:s)

En ännu outvecklad men central del av folkhälsopolitiken är mot denna bakgrund att utveckla metoder och arbetsformer som säkerställer någon form av hälsokonsekvensbedömning såväl innan ett beslut fattas som en tid efter beslutet, då de faktiska effekterna kan registreras och analyseras. Detta framstår som ett av de viktigaste verktygen för att motverka en ohälsosam och främja en hälsosam samhällsutveckling. Erfarenheter från motsvarande typ av konsekvensbedömningar inom t.ex. miljöområdet kan därvid vara av stort värde.

Samtidigt krävs givetvis en tydlig beslutsprocess där hälsoeffekter kan vägas mot andra effekter samt relateras till kostnader för den aktuella verksamheten och samhällsekonomiska bedömningar. Ett

brett engagemang och möjlighet att påverka beslutsprocessen är därvid av strategisk betydelse.

En uppgift för kommittén är därför att klarlägga såväl möjligheter som begränsningar att utveckla – på samma sätt som inom miljöområdet – ett samlat system för olika typer av hälsokonsekvensbedömningar. Visionen som detta arbete vilar på är givetvis ett hållbart samhälle även ur ett hälsomässigt perspektiv och vad som på engelska ofta betecknas som "healthy public policies". Vi återkommer till frågan om hälsokonsekvensbedömningar i avsnitt 8.7.

8.1.2 Specifika folkhälsoinsatser

Det dominerande synsättet i folkhälsosammanhang utgår från olika typer av specifika beslut och program som syftar till att förebygga sjukdom och främja hälsa. I detta arbete beaktas alltför sällan olika samhällens och befolkningsgruppers samlade livsvillkor och levnadsvanor. Det finns vanligen inte heller någon ingående analys av de intressen som t.ex. ekonomiskt vinner på att inte beakta de negativa hälsoeffekterna av en viss verksamhet, t.ex. tobaksindustrin.

En huvudlinje i detta arbete är ofta att påverka enskilda individers attityder och värderingar så att de själva väljer att leva ett hälsosammare och mindre riskfyllt liv. Det kan t.ex. gälla tobaks-, alkohol- och matvanor samt säker sex.

Vid analysen av olika beteenden finns dock goda skäl att försöka särskilja individuellt relativt fritt valda beteenden och s.k. strukturellt betingade beteenden. I det förra fallet, som ofta karakteriserar mer privilegierade gruppers livssituation, är möjligheterna ofta goda att genom en väl utformad hälsouppllysning nå fram och därmed skapa en god jordmån för ett hälsosammare val. I det andra fallet finns ett starkt samband mellan livsvillkor och levnadsvanor som gör att folkhälsoarbetet för att bli effektivt måste omfatta både samhälls- och individinriktade insatser.

En viktig uppgift för kommittén är att belysa och konkretisera formerna för denna typ av integrerade individ- och samhällsinriktade strategier som syftar till en bättre och jämlikare hälsa.

Denna typ av strukturellt och individinriktat förebyggande insatser har under lång tid utvecklats inom bl.a. arbetsmiljö- och trafiksäkerhetsarbetet. I fokus står då just samspelet mellan människa och miljö. Man kan inte informera bort farliga arbetsplatser och trafikmiljöer. Här krävs både förändringar i miljön och beteenden för att effektivt förebygga risker och främja hälsan.

Vilka möjligheter finns då att påverka hälsoutvecklingen med hjälp av hälsokonsekvensbedömningar och ett offensivt folkhälsoarbete som omfattar såväl individ- som samhällsinriktade insatser?

Det finns självklart inget givet svar på denna fråga. Däremot kan man peka på fyra faktorer som spelar stor roll vid bedömningen av i vilken utsträckning olika typer av hälsoproblem eller en viss hälsoutveckling kan påverkas.

1 Kunskap om orsakssamband

Vet man inte – som tidigare betonats – vilka risk-, frisk- och skyddsfaktorer som leder till resp. förhindrar olika sjukdomar och hälsoproblem saknas förutsättningar för en effektiv folkhälsoinsats. Ser man till de stora folksjukdomarna kan man ofta förklara deras utveckling utifrån studier och analyser av bl.a. förändringar i riskpanoramats till 25–75 procent. I vissa fall – som ex.vis lungcancer – vet man att en viss riskfaktor (i detta fall rökning) orsakar 90 procent av alla lungcancerfall. Detta ökar givetvis möjligheterna till en säker riskfokusering.

2 Åtgärder som påverkar riskpanoramats

Kunskap om att en förändring av en riskfaktor leder till en viss effekt i termer av förändrad sjuklighet och dödlighet är givetvis inte tillräckligt för att bedöma möjligheterna att påverka hälsoutvecklingen. Den helt avgörande frågan är om man tror sig kunna påverka riskpanoramats eller skapa förutsättningar för att stärka skydds- och friskfaktorer. I många fall är den avgörande frågan om den politiska viljan finns. Hälsopolitiska mål måste ofta vägas mot andra mål. Aktuella exempel är:

- Avvägningen mellan framkomlighet, fart och risken för olyckor när man bestämmer fartgränser i olika typer av trafikmiljöer.
- EU:s jordbrukssubventioner som gynnar viss produktion men ger ur hälsosynpunkt negativa effekter på konsumenternas matvanor (t.ex. subventioner som främjar fettkonsumtion och höjer priset på frukt och grönsaker).

På motsvarande sätt finns givetvis målkonflikter i ett rent individuellt perspektiv:

- Det kan vara gott att ta en sup eller ett glas vin till maten och det kan bidra till en festlig stämning men det kan också innebära – om man dricker för mycket – att man "gör bort sig", råkar ut för en "onödig" skada eller på sikt drabbas av alkoholrelaterade sjukdomar.

- Utförsåkning är häftigt men farligare än att spela bordtennis. Ändå väljer många pisten före en pingisracket.

Våra val kan omöjligt styras enbart av en riskbedömning. Det riskfria livet är inte bara en utopi utan också urtrist. Vi gör alla avvägningar. Det är dessa avvägningar som ibland kan påverkas av hälsoupplösning och ibland av samtidiga strukturella och individinriktade insatser.

3 Demokratisk förankring och effektiva metoder

Det räcker emellertid inte att man känner till orsakssambanden och har en metod som erfarenhetsmässigt kan reducera risken. Det krävs också en politisk vilja, folklig förankring och en organisation för att besluta om och genomföra insatsen. Genomförandedelen är givetvis helt avgörande.

Saknas den politiska viljan som är en förutsättning för vissa strategiska beslut som t.ex. förbud mot all tobaksreklam kan folkhälsoarbetet såväl utifrån ett professionellt perspektiv (läkare mot tobak) som medborgarperspektiv (ungdomsrörelsen en rökfri generation) bidra till att öka det politiska intresset. I andra fall måste den politiska viljan att besluta invänta en rimlig acceptans bland allmänheten av ett förslag, som t.ex. i fråga om obligatorisk cykelhjälm. Det är då olika professionella grupper och folkrörelser tillsammans med politiker, kan arbeta för en inställning som skapar förutsättningar för effektiva åtgärder.

Formerna för att fånga och engagera många i folkhälsofrågor är dock mycket utvecklade. Här finns sannolikt mycket att lära från miljörörelsen, t.ex. hur Agenda 21-arbetet som det uttrycktes i Rio-deklarationen, i dag blivit en engagerande fråga för många medborgare.

Kommitténs processinriktade arbetsformer skapar unika förutsättningar att analysera och stimulera arbetsformer som kan öka folkhälsoarbetets demokratiska förankring.

Sammanfattningsvis kan således konstateras att folkhälsofrågorna inte skiljer sig från andra välfärdspolitiska frågor. Det krävs en kombination av politisk vilja, folklig förankring och professionell kompetens. Även när dessa förutsättningar finns kan det vara svårt att ange hur vissa hälsopolitiska strategier i olika tidsperspektiv påverkar sjukdomspanoramata och hälsoutvecklingen. Det finns därför alla skäl att fokusera på strategier och olika typer av mål som t.ex. processinriktade mål, etappmål och visionära mål.

8.2 Sverige behöver nationella folkhälsomål

Vår bedömning: Nationella mål och strategier för en bättre, mer jämlik och mer jämställd hälsa måste formuleras. Ett viktigt syfte med hälsomålen är att synliggöra skillnaderna i hälsa mellan olika grupper och peka på möjliga vägar till att uppnå en lika god hälsa för alla. Av både etiska och demokratiska skäl är skillnaderna i hälsa hos befolkningen ett allvarligt problem. Arbetet med hälsomål och strategier handlar om att göra en politisk värdering av vad som är möjligt att göra åt hela kedjan av ett problem, dvs. se till helheten. Ju mer decentraliserat samhället blir, desto mer angeläget blir det att gemensamt sluta upp bakom samma synsätt. Nationella hälsomål bör kompletteras av lokala och regionala mål, utformade efter de lokala förutsättningarna. En del i kommitténs arbete blir att överväga frågor om folkhälsoarbetets organisation, ansvarsfördelning och resursfördelning.

Kommitténs uppgift är att formulera mål som skall vara vägledande för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Arbetet skall ske med utgångspunkt i det övergripande målet en god hälsa för alla och särskild betoning skall läggas på att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. I uppdraget ligger att prioritera vilka mål som är mest angelägna. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser, dvs. de ska också ge underlag till vilka strategier som förutses vara mest effektiva.

Att på nationell nivå fastställa prioriterade mål för vilka folkhälsofrågor som är mest angelägna är ett viktigt uppdrag. Sverige saknar i dag, till skillnad mot många andra jämförbara länder, sådana mål. Visserligen har Sverige tidigare på ett förtjänstfullt sätt ändå kunnat bemästra stora folkhälsoproblem utan att ha samlade nationella hälsomål, men i dag är situationen något annorlunda.

Tidigare hängde många av de stora folkhälso problemen samman med uppenbara brister i den materiella levnadsstandarden och utbildningsnivån. Under välfärdssamhällets uppbyggnadsfas förbättrades levnadsvillkoren för folkflertalet på ett markant sätt. Grundorsakerna till äldre tiders ohälsa minskade. Livslängden ökade, spädbarnsdödligheten sjönk i alla samhällsgrupper och hälsoläget i allmänhet förbättrades påtagligt för hela befolkningen. Förbättringarna var mest påtagliga för de grupper som tidigare haft stor ohälsa.

Skillnaderna i ohälsa och livslängd minskade. Under de senaste decennierna har denna utjämning av hälsotillståndet avstannat och skillnaderna har i vissa avseenden istället ökat. Samtidigt har den allmänna förbättringen av hälsa och livslängd för folkflertalet fortsatt.

Det svenska samhället ser radikalt annorlunda ut inför nästa sekel än det gjorde när välfärdsbygget påbörjades. En stor majoritet av befolkningen mår ganska väl, bor bra, har en tillfredsställande ekonomi och god utbildning. De samhällseliga beslutsfunktionerna har kraftigt decentraliserats. Merparten av de beslut som rör människors vardag fattas i dag regionalt och lokalt. Samtidigt har grunderna för de ekonomiska besluten kraftigt internationaliserats.

De ökade skillnaderna i hälsa och livslängd mellan olika befolkningsgrupper inger stark oro. När en majoritet av befolkningen mår allt bättre samtidigt som minoriteten inte förbättrar sin hälsa alls utan t.o.m i vissa avseenden får en försämrad hälsa, måste samhällets hittillsvarande strategier förändras eller kompletteras. Ur ett såväl etiskt som demokratiskt perspektiv är de nuvarande skillnaderna i hälsa hos befolkningen ett allvarligt problem. Alla människors lika värde måste också innebära att alla grupper ska ha samma möjligheter att leva ett långt och friskt liv.

Eftersom viktiga folkhälsoproblem har sin grund dels i levnadsvanor i allmänhet och i hur arbetslivet och samhället i stort ser ut, dels i stora sociala skillnader mellan befolkningsgrupper krävs en nationell och samlad strategi. Ju mer decentraliserat samhället är, desto mer angeläget blir det att i en process där alla berörda sektorer ingår, komma fram till gemensamma mål och strategier för att förebygga vissa folksjukdomar och förbättra hälsan för dem som i dag mår sämst. I det sammanhanget är det viktigt att uppmärksamma både det civila samhällets och den offentliga sektorns möjligheter och engagemang att verka förebyggande.

En vision om en bättre, mer jämlik och mer jämställd hälsa måste formuleras. Det är viktigt med en tydlig vision som synliggör de rådande skillnaderna i ohälsa mellan medborgarna och som kan peka på en möjlig utveckling. En vision som man kan nå nationell uppslutning omkring kommer att tydliggöra för alla samhällssektorer vad som är viktigt att sträva efter. En nationell vision gör det också lättare för regionala och lokala nivåer att formulera sina mål och strategier.

Om nationella mål och strategier, som också står i samklang med WHO:s mål, kan fastställas i brett samförstånd med alla aktörer på statlig, regional och lokal nivå, så finns också förutsättningar för att alla parter verkar i samma riktning. I dag har olika instanser haft

olika mål och olika bedömningar av vad som är viktigast, vilket också innebär att de samlade insatserna från samhällets sida blir splittrade och att de delvis motverkar varandra.

Ett exempel kan belysa detta. Befolkningen har på olika sätt upplysts om vikten av en förändring av matvanorna, genom mindre fett och mer grönsaker och fibrer. Samtidigt saknas en koppling till priserna på nyttiga produkter. Dagens jordbrukspolitik motverkar främjandet av en bättre matkultur. I många av våra skolor främjas inte goda matvanor hos barnen. Vissa äldre inom äldreomsorgen får inte heller den mat de skulle behöva. Att som individ kunna ta till sig goda kostråd blir därför lättare för den som har god ekonomi och utbildning och svårare för den med dålig ekonomi, ont om tid, som är beroende av andras hjälp eller har dålig utbildning.

Att ta fram nationella hälsomål handlar om att göra en prioritering av vilka folkhälsoproblem som är viktigast att åtgärda. Det handlar också om att välja politiska strategier, dvs. att föreslå vilka åtgärder som skall vidtas för att de uppställda målen skall nås. Inriktningen måste då vara att göra en politisk värdering av vad som är möjligt att göra åt hela kedjan. Arbetet med nationella mål och strategier gör det dessutom möjligt att överväga frågor om folkhälsoarbetets organisation, om ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och om resursfördelningen inom området.

Nationella hälsomål bör sedan kompletteras med regionala och lokala mål. De nationella målen kan inte binda upp lokala församlingar, men kan ge en tydlig vägledning genom en gemensamt framtagna vision. Det är lokalt man kan vidta många av de konkreta åtgärderna, som är baserade på de lokala förutsättningarna.

Framtagandet av nationella mål och strategier och formulerandet av en vision kring en bättre hälsa som är mer jämlik och jämställd än i dag, bör leda till en politisk diskussion för att synliggöra att många folkhälsoproblem bara kan förebyggas genom insatser inom breda samhällsområden.

8.3 Avgränsningen av vårt uppdrag

Vår bedömning: Kommittén skall ha ett brett angreppssätt i arbetet med hälsomålen. Alla de samhällssektorer som är av väsentlig betydelse för hälsan skall beaktas i arbetet. Hälso- och sjukvården är en av flera sektorer av stor betydelse för hälsan. När det gäller hälso- och sjukvården skall de verksamheter som är av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande karaktär sättas i fokus i målarbetet. Mot bakgrund av bredden i uppdraget kan ambitionen inte vara att "över hela fältet" lägga fram detaljerade förslag. I en del fall är kommitténs roll att peka på samband, i andra att ange en önskvärd utveckling. Inom vissa områden kan mer konkreta åtgärdsförslag läggas fram.

En fråga som vi anser viktig att diskutera inför det fortsatta arbetet med nationella hälsomål och strategier gäller avgränsningen av kommitténs uppdrag. Med avgränsning menas här vilka politikområden eller samhällssektorer som skall anses ingå i vårt uppdrag, dvs. områden som skall vara utgångspunkten när hälsomålen och strategierna skall formuleras.

I direktiven till kommittén framhålls att beslut och förutsättningar inom flertalet sektorer påverkar folkhälsan. Det konstateras att kommittén mot den bakgrunden bör sträva efter en bred ansats där alla samhällssektorer vilkas verksamhet är av väsentlig betydelse för folkhälsan beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål. I direktiven sägs vidare att sociala strukturer i form av lagstiftning, ekonomiska resurser, normer och traditioner inom olika samhällssektorer påverkar förekomsten av hälsorisker. Som exempel på sådana samhällssektorer nämns arbetsmiljö, utbildning, boende, trafik, jordbruk, fritid och kultur, socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Det faktum att hälsan påverkas av samhällsförhållanden i stort utgör enligt direktiven ett viktigt skäl för hälsomotiverade initiativ inom flertalet samhällssektorer och på alla samhällsnivåer.

En av kommitténs viktigare uppgifter är att uppmärksamma skillnader i hälsoläget mellan olika socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor, mellan etniska grupper samt mellan olika regioner. Enligt direktiven kan strukturellt betingade livsvillkor som t.ex. försämrad ekonomi och krympande offentliga välfärdssystem i kombination med levnadsvanor vara några av förklaringarna till att skillnaderna i hälsa ökar.

I direktiven påpekas dessutom att folkhälsan i allt större utsträckning påverkas av förhållanden utanför Sveriges gränser. Enligt direktiven finns det ett behov av att kommittén även uppmärksammar internationella förhållanden som kan ha betydelse för hälsan i vårt land. Som exempel nämns olika miljörelaterade hälsorisker, handeln med droger och spridningen av vissa smittsamma sjukdomar.

Ytterligare en aspekt som bör vägas in i en diskussion beträffande avgränsningen av uppdraget gäller det krav på vetenskaplig grund för bedömningar och förslag som finns i direktiven. Enligt dessa bör utgångspunkten för kommitténs arbete vara den tillgängliga kunskap om hälsoproblem och hälsoutveckling som finns inom olika vetenskapliga discipliner. Varje mål som kommittén föreslår skall grundas på ett vetenskapligt underlag som bl.a. belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att direktiven ger tydliga signaler om att kommittén skall ha ett brett angreppssätt i arbetet med nationella hälsomål och strategier. Förhållanden inom de allra flesta samhällssektorer anses påverka hälsan, strukturella aspekter skall belysas och internationella förhållanden beaktas. En rimlig tolkning av direktiven är att det inte är möjligt att på detta stadium utesluta någon samhällssektor eller något politikområde. Det avgörande för om en viss sektor skall ingå i underlaget för formulerande av mål och strategier är att det finns ett tydligt samband mellan sektorn/området i fråga och hälsan hos befolkningen. En annan förutsättning är att den verksamhet som bedrivs inom sektorn/området skall vara av väsentlig betydelse för folkhälsan. Det kartläggnings- och analysarbete som kommittén har att genomföra får ge svar på frågan om vilka områden/sektorer som är av sådan betydelse för folkhälsan att de skall ingå i arbetet med nationella hälsomål och strategier.

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är en av flera samhällssektorer som är av stor betydelse för befolkningens hälsa. Tyngdpunkten inom hälso- och sjukvården ligger i diagnostik, vård och behandling samt rehabilitering. Inom hälso- och sjukvården bedrivs också olika former av verksamheter som mer uttalat syftar till att förebygga ohälsa och främja hälsa. Kommitténs uppfattning är att det är det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvår-

den som skall sättas i fokus i vårt fortsatta arbete med nationella hälsomål och strategier.

Hälso- och sjukvårdens roll för att förebygga ohälsa och främja hälsa har diskuterats i flera olika sammanhang. HSU 2000 har nyligen i betänkandet *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119) behandlat området och lagt fram vissa förslag. Betänkandet är för närvarande föremål för remissbehandling. Frågan om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet behandlades också inom ramen för Folkhälsogruppens arbete liksom i direktiven till det folkhälsoprogram som bedrivs av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet i samverkan. I direktiven till programmet, som antogs år 1995, sammanfattas hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet i följande fem punkter:

- kartläggning och identifiering av hälsorisker
- kunskapsförmedling beträffande hälsoläge, hälsorisker, riskgrupper och hälsofrämjande faktorer
- initiering och genomförande av förebyggande insatser internt och externt
- deltagande i samhällsplaneringen
- dokumentation och utvärdering av folkhälsoinsatser.

Syftet med det nu sagda är inte att här söka definiera hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet, utan snarare att ge en bild av vad inom hälso- och sjukvården som vi anser bör uppmärksammas särskilt i arbetet med nationella hälsomål och strategier. Vår avsikt är således att längre fram i arbetet återkomma till frågan om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. I det sammanhanget utgör naturligtvis HSU:s betänkande och de synpunkter som inkommit på detta ett viktigt bakgrundsmaterial.

Detaljeringsgrad i bedömningar och förslag

En fråga som är nära kopplad till avgränsningen av uppdraget, men som främst kanske gäller angreppssättet för vårt arbete, är på vilken detaljeringsnivå kommittén kommer att kunna behandla och ta ställning till olika sakfrågor/områden. Frågan är viktig att ställa, inte minst mot bakgrund av att vårt uppdrag är så brett. De överväganden som skall göras kommer sannolikt att omfatta de flesta samhällssektorer. Inom flera sektorer finns eventuellt förväntningar om att kommittén skall kunna tränga ned djupt och lägga fram konkreta förslag om förändringar i system och resurser etc. Man måste emellertid fråga sig om ett sådant angreppssätt är realistiskt eller ens önskvärt. Vi anser att det är angeläget att redan i inledningsskedet av

vårt utredningsarbete föra en diskussion kring detta, bl.a. för att undvika att det skall ställas helt orealistiska förväntningar på kommitténs arbete.

Frågan om detaljeringsgraden i bedömningar och förslag kommer främst att aktualiseras i arbetet med att formulera strategier och föreslå åtgärder, som skall kopplas till de nationella hälsomålen. Det finns flera omständigheter som gör att kommittén vare sig bör eller kan ha ambitionen att "över hela fältet" lägga fram detaljerade förslag. En omständighet är att kommittén, av naturliga skäl, inte har förankring inom alla de sektorer som kommer att aktualiseras under arbetets gång. Ett annat förhållande är att det parallellt med arbetet i Nationella folkhälsokommittén pågår ett kontinuerligt utvecklings- och förändringsarbete i andra fora, som på olika sätt påverkar förutsättningarna för folkhälsan. I en genomgång som kommittén gjort har vi t.ex. funnit att det för närvarande arbetar ett drygt tjugotal olika statliga utredningar med uppdrag som är av stor betydelse från folkhälsosynpunkt. I sammanhanget bör också påpekas att förslagen till strategier, enligt vad som framhålls i direktiven till kommittén, skall vara mer övergripande än operativa.

Vår bedömning är att detaljeringsgraden och graden av konkretion kommer att skifta beroende på vilket samhällsområde eller förhållande som behandlas.

Ett angreppssätt är att peka på samband mellan ett visst område eller ett förhållande och hälsans utveckling. Kommitténs roll här kan vara att sprida kunskap om att sambandet i fråga finns, att lyfta fram det och understryka vikten av att detta samband beaktas när politiken inom det aktuella området formuleras. Ett dylikt angreppssätt kan vara lämpligt bl.a. när det gäller stora strukturella förhållanden och dess inverkan på hälsan, t.ex. arbetslöshetens inverkan på hälsan eller hälsoeffekter av fördelningspolitiken. Däremot kan kommittén inte se som sin uppgift att ge sig in i och föreslå konkreta förändringar inom exempelvis närings- och arbetsmarknadspolitiken eller i skattepolitiken.

Ett annat angreppssätt, som kan sägas ha en högre grad av fördjupning och konkretion, är att kommittén beskriver en önskvärd utveckling och på ett mer övergripande plan gör bedömningar om behovet av förändringar för att nå dit. Det kan t.ex. gälla bedömningar av följande slag; "system och resurser bör i högre grad inriktas mot x", "ökade resurser bör satsas på att uppnå målet y", "x-insatser inom området bör prioriteras framför z-insatser". Ett angreppssätt av detta slag kan vara lämpligt när det gäller politikområden och samhällssektorer som visserligen är helt centrala för hälsoläget och hälsans utveckling, men där det till följd av kommit-

téns mandat och sammansättning inte bedöms möjligt att gå in i enskildheter. Det nu beskrivna angreppssättet bygger på att de konkreta åtgärderna – som givetvis skall ligga i linje med den utveckling som kommittén förespråkar – skall vidtas inom respektive berörd samhällssektor.

En tredje tänkbar nivå är att kommittén mer i detalj går in och lägger fram förslag om konkreta åtgärder för att uppnå en viss utveckling. Det kan gälla förslag om ändringar i en viss lagstiftning, om förändringar i ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän, om resurstillskott eller neddragningar inom en viss verksamhet etc. Det är naturligt att ett sådant angreppssätt kan komma i fråga när det gäller system och verksamheter som är av väsentlig betydelse för befolkningens hälsa och som ligger inom eller nära de områden där kommittén genom sin sammansättning har kompetens och förankring.

Kommitténs bedömning är att ett slutligt förslag om nationella hälsomål och strategier kommer att bestå av en kombination av de tre ovan beskrivna angreppssätten.

8.4 Några synpunkter på frågan om etik och ekonomi

Vår bedömning: Från principiella etiska utgångspunkter är åtgärder som främjar hälsoutvecklingen och motverkar död i för tidig ålder och onödigt lidande självklart positiva oberoende av om detta eventuellt innebär ökade kostnader för t.ex. vård och omsorg längre fram i tiden.

Folkhälsoarbete är både långsiktigt och flersektoriellt. Detta förhållande måste få slå igenom när det gäller finansiering av konkreta förslag till åtgärder. Det innebär t.ex. att ökade kostnader för åtgärder inom en samhällssektor skall kunna betraktas som finansierade genom minskade kostnader i motsvarande grad inom en annan samhällssektor.

För kommitténs arbete gäller direktiv med konkreta restriktioner i fråga om kostnader för förslag som kommittén lägger fram. Ett sådant direktiv är att kommittén skall visa hur förslag skall finansieras om de innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar. Ett annat är att förslag till mål och strategier skall kunna genomföras, som det uttrycks i kommittédirektiven, utan att samhällsekonomin belastas ytterligare. Under utredningstidens inledning har mot den bakgrun-

den frågan ställts till kommittén om åtgärder kan föreslås som t.ex. motverkar död i för tidig ålder om detta samtidigt kan innebära ökade kostnader vid en senare tidpunkt för t.ex. vård och omsorg. Kommittén menar att denna fråga har en sådan principiell innebörd att den bör belysas med utgångspunkt från följande etiska resonemang. I avsnittet behandlas därför först denna fråga och sedan de ekonomiska direktiv som gäller beträffande finansiering av konkreta förslag.

8.4.1 Principiella etiska synsätt

Enligt kommitténs mening bör två etiska utgångspunkter sättas i fokus när det gäller arbetet med folkhälsofrågorna. Den ena är vad Prioriteringsutredningen benämner människovärdesprincipen.¹ Denna princip innebär att alla människor har ett värde i sig, ett egenvärde, som är oberoende av den enskildes egenskaper i övrigt och under vilka yttre förutsättningar hon lever. Den andra är den utvecklingstanke som är ett arv från upplysningstiden och som innebär att teknologiska och andra framsteg i samhällsutvecklingen skall komma människor till godo i form av förbättrade levnadsvillkor. Denna utvecklingstanke är etablerad i den allmänna välfärdspolitiken som ett åtagande från det allmännas sida att främja människors välfärd.

Att finna åtgärder som förhindrar död i för tidig ålder och förbättrar människors hälsa är ett helt grundläggande mål som inte behöver motiveras med några andra argument än de nämnda. Värderingen att det är eftersträvansvärt att främja hälsa och förebygga sjukdom hos enskilda och befolkningen i sin helhet kan inte heller kullkastas med utgångspunkt i ekonomiska argument. Kostnader till följd av längre liv och högre livskvalitet är inte ett argument för att avstå från folkhälsoinsatser, lika lite som ett sådant argument är ett skäl för att avstå från t.ex. livräddande behandling av patienter inom sjukvården. Ett etiskt synsätt med detta innehåll är en grundläggande och självklar del av den humanism som vår kultur vilar på. På ett principiellt och övergripande plan kan därmed frågan om kommittén kan föreslå åtgärder som leder till längre liv, om detta samtidigt eventuellt medför t.ex. ökade vård- och omsorgskostnader etc., besvaras med ett otvetydigt ja.

¹ SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*. Huvudbetänkande av Prioriteringsutredningen.

8.4.2 Direktiv 1994:23

Hur konkreta förslag från kommitténs sida skall hanteras visavi ekonomiska krav framgår av direktiven. I dessa anges att kommittén skall föra en diskussion med utgångspunkt från samhällsekonomiska perspektiv samt att dir. 1994:23 om att pröva offentliga åtaganden gäller.

Direktiv 1994:23 innebär följande: Om förslag medför utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kommittén visa hur förslagen skall finansieras. Alternativa finansieringsmöjligheter som anges är effektiviseringar eller omprövningar som medför besparingar eller omprioriteringar inom i första hand samma politikområde. På så sätt skall utgiftsökningar eller inkomstminskningar kunna genomföras med totalt sett oförändrade eller minskade resurser. Om förslag påverkar den kommunala sektorns verksamhet eller ekonomi skall kommunalekonomiska effekter bedömas och en prövning ske om den s.k. finansieringsprincipen är tillämplig. Med finansieringsprincipen menas att kommuner och landsting inte skall åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter.

Folkhälsoarbetet är långsiktigt och tvärsektoriellt. Det förefaller mot den bakgrunden klart att direktivet kan innebära problem om det tolkas snävt så att nya åtaganden skall finansieras *samtidigt* som en ny kostnad uppstår och inom samma samhällssektor. Åtgärder som innebär att kostnader uppstår i en sektor och intäkter i en annan eller att kostnader föregår intäkter i tiden inom en och samma sektor kan då inte genomföras.

Kommittén vill mot den bakgrunden betona att långsiktighet och flersektoriell verksamhet *är* grundläggande förutsättningar för folkhälsoarbetet och att dessa grundläggande kännetecken måste få slå igenom i samband med att förslag av kommittén kostnadsberäknas. Det måste således vara tillåtet för kommittén att föreslå åtgärder (för t.ex. förbättrad prevention) som leder till ökade kostnader inom en sektor, om det samtidigt går att visa att åtgärden i fråga leder till minskade kostnader i minst motsvarande grad inom en annan samhällssektor. På samma sätt vill kommittén hävda att kostnaden för en viss åtgärd i princip skall betraktas som finansierad om åtgärden i fråga leder till minskade kostnader – inom samma eller någon annan samhällssektor – även om kostnadsminskningen uppstår något eller några år senare. Naturligtvis skall det krävas att kommittén i dessa situationer på ett godtagbart sätt kan visa att en viss föreslagen åtgärd leder till minskade kostnader inom en annan sektor alternativt att det uppstår minskade kostnader längre fram i tiden.

8.4.3 Ett samhällsekonomiskt synsätt

Den samhällsekonomiska utgångspunkten som markeras i direktiven är att förslag till mål och strategier skall kunna genomföras utan att samhällsekonomin belastas ytterligare. Med detta menas att förslagen skall grundas i en samhällsekonomisk analys som visar att samhällsekonomin som helhet inte förlorar på förslagen när kostnaderna vägs mot nyttan av att genomföra målen och strategierna. Om förslag leder till ekonomiska effekter för staten, näringslivet, lands- tingen eller kommunerna skall effekterna redovisas separat för var och en av sektorerna. Av sammanhanget framgår att med samhälls- ekonomin menas ekonomin i hela samhället, inte enbart den offentliga sektorns inkomster och utgifter.

Ett axiom vid en samhällsekonomisk analys är att förslag som innebär större fördelar i samhället än uppoffringar bör övervägas att genomföras. Vid en sådan kalkyl mäts uppoffringar och fördelar med samma monetära mått, t.ex. kronor, och anges som kostnader och intäkter. Tidsperspektivet varierar med den tid som förslaget medför kostnader resp. intäkter, dvs. den ekonomiska livslängden. Alla kostnader och intäkter mäts i nuvärde. Kostnader och intäkter som uppstår långt fram i den ekonomiska livscykeln har ofta lägre nuvärde än motsvarande som ligger nära i tid. Nivån på nedtrappningen av dessa värden följer av den diskonteringsränta som tillämpas.

Att folkhälsoarbete är långsiktigt och tvärsektoriellt innebär inte något principiellt problem vid en samhällsekonomisk kalkyl. Långsiktigheten är inbyggd i kalkylen liksom effekterna inom alla samhällets sektorer. Problemet ligger mer på det praktiska planet med att värdera när och var effekter uppstår, översätta effekterna till monetära mått och bestämma diskonteringsräntan samt slutligen beräkna nettoresultatet. Om en kalkyl kan genomföras och fördelarna visar sig överstiga kostnaderna kan förslaget, enligt kommitténs mening, föras fram som ett seriöst alternativ i beslutsprocessen även om kostnaderna infaller inom den närmaste tiden och fördelarna beräknas uppstå först om fem, tio eller 25 år.

En argumentering med utgångspunkt från samhällsekonomiska principer är alltså en lösning som kommittén anser står till buds när förslag genererar kostnader i ett kort tidsperspektiv och fördelar i ett längre perspektiv.

8.4.4 Expertgrupp för ekonomiska analyser

Kommittén har inrättat en expertgrupp för ekonomisk analys av folkhälsoinsatser. I expertgruppen ingår företrädare för Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, den statliga sektorn samt forskningen i epidemiologi och hälsoekonomi. Från forskarvärlden deltar representanter från Institutionen för Epidemiologi och folkhälsovetenskap i Umeå, Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen i Stockholm, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) i Stockholm, Handelshögskolan i Stockholm, och Samhällsmedicinska institutionen i Malmö/Nationalekonomiska institutionen i Lund. Den statliga sektorn representeras av Folkhälsoinstitutet, Riksförsäkringsverket och Statskontoret. Socialstyrelsen företräds genom EpC.

Avsikten med expertgruppen är att den skall biträda kommittén i arbetet med att genomföra samhällsekonomiska och finansiella analyser av folkhälsoinsatser. Under år 1997 och våren 1998 inriktar sig gruppen på att försöka belysa bl.a.

- vad ohälsan kostar,
- vilka samhällsekonomiska analysmetoder som finns och hur dessa kan användas för studier av hälsofrämjande och förebyggande insatser,
- kostnader resp. intäkter/effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser som kan betecknas som framgångsrika,
- hur ekonomiska analyser kan göras som del av hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut.

Fr.o.m. hösten 1998 avses expertgruppens arbete inriktas på att följa och värdera de olika förslag till mål och strategier som arbetas fram i kommittén.

8.5 Perspektiv i folkhälsoarbetet

Vår bedömning: Mål och strategier för folkhälsoarbetet kan – och bör – uttryckas utifrån många olika perspektiv. En naturlig utgångspunkt för många folkhälsoinsatser är att fokusera på olika påverkbara risk-, frisk- och skyddsfaktorer. Kompletterande perspektiv utgår från olika sjukdomar och skador, målgrupper inkl. riskgrupper samt arenor för folkhälsoarbete (t.ex. arbetsplatsen, skolan, bostadsområdet). Utifrån dessa olika perspektiv finns goda förutsättningar att utveckla en svensk folkhälsopolitik som knyter samman hälsopolitiska mål, aktörer och åtgärder.

Folkhälsoarbete måste bedrivas utifrån många olika perspektiv även om syftet och målen är desamma, dvs. att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn, kvinnor och män. I många fall beror valet av perspektiv på professionell bakgrund och roll i folkhälsoarbetet. I andra fall kan det vara ett uttryck för en viss syn på folkhälsopolitiken och vilka problemområden som speciellt bör uppmärksammas. Praktiska erfarenheter från olika folkhälsoprogram och insatser har givetvis också stor betydelse för valet av utgångspunkt och fokusering, liksom traditioner och folkhälsoarbetets organisation. Det är samtidigt viktigt att beakta hur olika perspektiv kompletterar varandra och därmed utgör delar i en samlad folkhälsostrategi.

Valet av perspektiv påverkar både utformningen av de hälsopolitiska målen och utformningen av de strategier som skall bidra till att förverkliga uppsatta mål. Generellt anser kommittén dock – oberoende av perspektivval – att genus- och klassrelaterade skillnader alltid bör uppmärksammas såväl i analyser av nuvarande förhållanden och utvecklingstrender som vid utformningen av åtgärdsförslag. Dessa strategier för folkhälsoarbetet måste också relateras till ett bredare samhällsperspektiv som omfattar strukturella förhållanden vad avser t.ex. absolut och relativ fattigdom (inkomstfördelning), välfärdssystemens utformning, förhållanden på arbetsmarknaden samt förändringar när det gäller olika sociala nätverk.

Vi skall i det följande dels belysa vissa för- resp. nackdelar med olika val av perspektiv, dels exemplifiera vilka perspektiv som framstår som naturliga i dagens svenska folkhälsopolitik.

I dagens svenska folkhälsoarbete kan man urskilja följande fem huvudperspektiv:

1. *Riskperspektivet* som fokuserar på hur olika hälsorisker kan minskas eller elimineras.
2. *Frisk- och skyddsperspektivet* som fokuserar på faktorer som främjar hälsa (friskfaktorer) och skyddar mot ohälsa (skyddsfaktorer).
3. *Sjukdomsperspektivet* som fokuserar på hur olika specifika sjukdomar och skador kan förebyggas.
4. *Målgruppsperspektivet* som fokuserar på hälsans villkor – orsaker till ohälsa – för en viss befolkningsgrupp, t.ex. barn och ungdom eller äldre. Strategier inriktade mot att förbättra hälsans villkor för speciellt utsatta grupper t.ex. socialt, ekonomiskt och yrkesmässigt kallas ofta *riskgruppsstrategier*.

5. *Arenaperspektivet* som söker utveckla och samordna insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa på en viss arena som t.ex. skolan, hälso- och sjukvården, arbetsplatsen och bostadsområdet.

Vid en internationell jämförelse kan konstateras att olika länder vid formuleringen av sina hälsopolitiska mål och strategier valt mycket olika perspektiv (se kapitel 5).

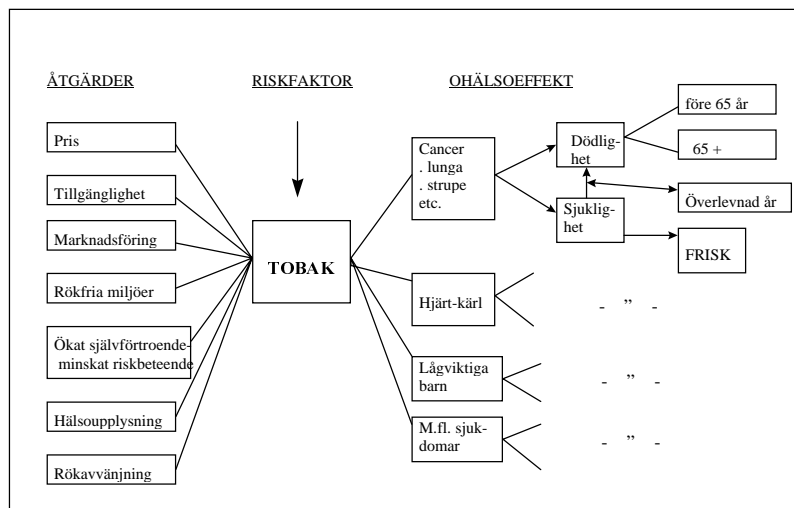
8.5.1 Riskperspektivet

Riskperspektivet utgör traditionellt den självklara utgångspunkten t.ex. när det gäller att minska tobaks- och alkoholrelaterad ohälsa.

Målen kan uttryckas dels i termer av minskat bruk av t.ex. tobak, alkohol och narkotika dels i termer av minskad exponering t.ex. av miljörisker som radon, buller och luftföroreningar. I riskperspektivet kan – i jämförelse med t.ex. sjukdomsperspektivet – olika mål och intressekonflikter lättare tydliggöras. Riskperspektivet illustreras i figur 8.3.

Fördelar

- * Det finns utvecklade metoder för att bedöma olika riskers betydelse ur ett samlat folkhälsoperspektiv. Tillsammans med en bedömning av möjligheterna att påverka olika risker ger detta ett bra underlag för prioritering mellan olika riskorienterade folkhälsoinsatser.
- * Riskperspektivet är i högre grad än sjukdomsperspektivet åtgärdsinriktat. All kraft kan ägnas insatser för att t.ex. minska bruket av tobak och den viktigaste frågan är hur det påverkar sjuklighet och tidiga dödsfall generellt sett snarare än i vilken utsträckning det påverkar en viss sjukdom.
- * Finns det – som när det gäller tobak – en mycket god kunskap om sambanden mellan riskexponering och olika sjukdomar kan man relativt säkert beräkna sjukdomsspecifika effekter av olika förändringar i riskpanoramot. Detta innebär att effekterna av en riskstrategi – via s.k. etiologiska fraktioner – kan översättas till såväl effekter på enskilda sjukdomar som på den samlade sjukdomsbördan som den kan uttryckas i ett mått som t.ex. DALY:s (se kapitel 7).

Figur 8.3 Illustration av riskperspektivet

Nackdelar

- * Riskspecifika förebyggande program kan bli lite isolerade, vertikala insatser där man missar samband mellan livsvillkor och levnadsvanor, liksom de synergieffekter som ofta finns mellan olika riskfaktorer.
- * Det kan också i praktiken vara svårt att samordna ett stort antal vertikala insatser mot olika risker i det lokala folkhälsoarbetet, t.ex. inom skolan. Riskperspektivet kan också uppfattas som mer begränsande och förbjudande än när de olika riskfaktorerna aktualiseras i ett sjukdomsperspektiv. Vid valet av riskperspektiv är det därför speciellt viktigt att de förebyggande insatserna är förankrade i en tydlig folkhälsoideologi. Det kan handla om att motivera varför tillgängligheten av t.ex. alkohol på olika sätt begränsas eller varför det ansetts viktigt att lagreglera användningen av bilbälten. I andra fall kan det handla om att tydliggöra att huvudstrategin för de aktuella folkhälsoinsatserna är att öka individens egna möjligheter att välja bort och påverka olika hälsorisker.

Diskussion

Valet av ett riskperspektiv för folkhälsoarbetet har ofta sina rötter i folkrörelser. Under det senaste århundradet har det framstått som självklart att ha en samlad alkoholpolitik och ett brett folkrörelseengagemang har funnits, och finns fortfarande, för att minska alkoholbrukets sociala och hälsomässiga skadeverkningar. Alkoholfrågan har därmed blivit en välfärds- och ofärdsfråga i ett brett familje- och samhällsperspektiv snarare än en isolerad fråga om alkoholens direkta hälsoeffekter.

Riskperspektivet framstår minst lika självklart när det gäller insatser för att minska tobaksbruket. Ingen torde hävda att man borde organisera det tobakspreventiva arbetet i ett antal olika program som utgår från olika tobaksrelaterade sjukdomar. Däremot finns givetvis mycket goda skäl att stödja och komplettera de generella insatser som görs för att minska bruket av tobak också inom ramen för sjukdomsspecifikt förebyggande program, t.ex. mot cancer och för att minska risken att föda lågviktiga barn.

Motsvarande nära nog självklara riskperspektiv finns när det gäller den miljörelaterade ohälsan i termer av exempelvis förorenat vatten, buller, radon samt inom stora delar av det arbetsmiljöanknutna arbetet.

Samtidigt finns dock fortfarande många hälsorisker som sällan eller aldrig utgör utgångspunkt för hälsopolitiska strategier trots att de är av stor betydelse ur ett folkhälsoperspektiv, t.ex. ekonomisk stress, långvarig arbetslöshet och social utslagning. Ett verktyg för att fånga deras betydelse ur ett folkhälsoperspektiv kan vara hälsokonsekvensbedömningar av olika alternativ.

En intressant utveckling pågår för närvarande inom inte minst den folkhälsovetenskapliga forskningen där man i stället för att försöka isolera effekten av varje enskild riskfaktor fokuserar på den samlade effekten av olika typer av många olika risker samtidigt, s.k. klusteranalys av risker. Därmed vidareutvecklas den forskning som finns om synergieffekter mellan olika riskfaktorer och skapas en ny och viktig bas också för det riskgruppsorienterade förebyggande arbetet (se vidare avsnitt 8.5).

Målformuleringarna i ett riskperspektiv utgår ofta från befolkningsbaserade data som t.ex. andel dagligrökare bland kvinnor och män i olika åldersgrupper och med olika social bakgrund. De hälsopolitiska målen för rökning kan därför direkt relateras till relevanta data och den löpande kartläggningen av dessa data möjliggör en uppföljning också mot uppsatta mål.

Problemet är att det saknas denna typ av löpande riskdataregistrering inom många för folkhälsoarbetet centrala problemområden, t.ex. beträffande mat och fysisk aktivitet. Kommittén avser därför att aktualisera behovet av att successivt utveckla ett epidemiologiskt bevakningssystem för olika hälsorisker av samma omfattning som i dag gäller för de sjukdomsinriktade epidemiologiska databaserna.

Valet av hälsopolitiska mål måste därför också i hög grad styras av i vilken utsträckning det finns – i detta perspektiv – riskdata för att beskriva utgångsläge och förändringar över tiden. Speciell uppmärksamhet måste härvid ägnas behovet av att kunna beskriva riskexponering för barn, kvinnor resp. män med olika social bakgrund och position.

8.5.2 Frisk- och skyddsperspektivet

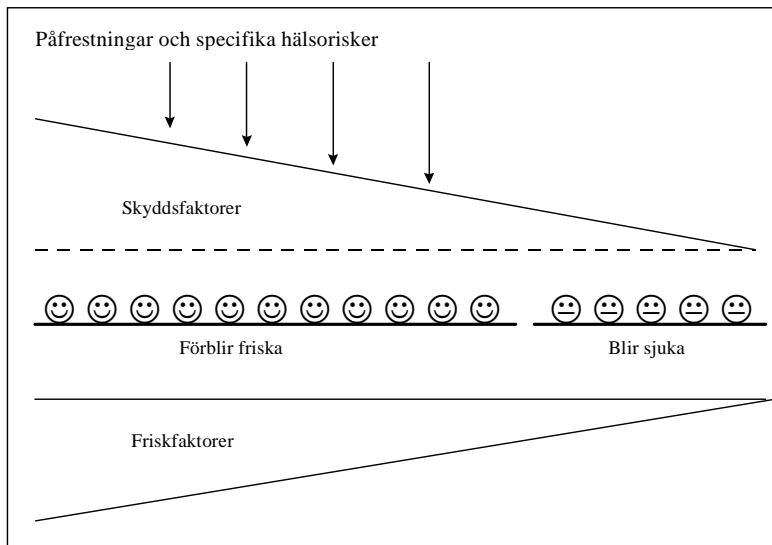
Teoretiskt borde frisk- och skyddsperspektivet utgöra ett huvudalternativ i allt folkhälsoarbete vars syfte är att främja hälsa. I fokus kommer då t.ex. betydelsen av goda sociala nätverk, solidaritet människor emellan och möjligheter att påverka vardagslivet såväl på arbetet som hemma och i närmiljön.

Man kan då – som i figur 8.4 – särskilja faktorer som vid en given exponering skyddar mot ohälsa och sådana friskfaktorer som främjar hälsa och välbefinnande. Den ojämlika fördelningen av skydds- och friskfaktorer bidrar till ojämlikheten i hälsa. Nedanstående bild (figur 8.4) är ett försök att fånga dessa samband.

I praktiken är det inte helt lätt att operationalisera detta synsätt i termer av specifika mål och strategier. Det finns en risk att det blir alltför allmänt och vagt. Samtidigt finns allt tydligare tecken på att det är i just detta perspektiv som man i framtiden kommer att göra de största landvinningarna när det gäller att förstå hälsans villkor.

Fördelar

- * Ett tydligt friskperspektiv ger en positiv snarare än negativ utgångspunkt för folkhälsoarbetet; "Fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor är bra för hälsan och välbefinnandet." Uttryckt i risktermer blir budskapet mer negativt; "Äter du för mycket mättat fett och inte rör på dig ökar risken för ohälsa och tidig död."

Figur 8.4 Illustration av frisk- och skyddsperspektivet

- * Skyddsperspektivet är ett självklart och nödvändigt synsätt för att kunna analysera och förstå varför flertalet människor – trots att de utsätts för många hälsorisker och påfrestningar – förblir friska. Den medicinska vetenskapen har i mycket begränsad utsträckning ägnat uppmärksamhet åt denna – ur ett folkhälsoperspektiv – mycket centrala fråga. Intresset har i stället ägnats åt att förklara varför vissa blir sjuka vid en viss exponering.
- * Frisk- och skyddsperspektiven möjliggör en helhetssyn på människors upplevelser och erfarenheter som vanligen tappas bort i de andra perspektiven. Det gäller t.ex. betydelsen – också ur ett hälsoperspektiv – av att kunna påverka sina livsvillkor, arbetsförhållanden och kunna se ett sammanhang och en struktur i den egna vardagen.

Nackdelar

- * Det kan vara svårare att utforma ett samlat åtgärdsinriktat folkhälsoprogram som utgår från t.ex. abstrakta begrepp som människors känsla av sammanhang och sociala relationer än när insatserna inriktas mot t.ex. specifika riskfaktorer.

- * I jämförelse med insatser riktade mot enskilda riskfaktorer finns inte lika utvecklade metoder för att utvärdera effekterna av förebyggande insatser som utgår från ett frisk- och skyddsperspektiv. Det innebär att det ofta är svårare att utvärdera effekterna av denna typ av folkhälsoinsatser.

Diskussion

Det finns goda skäl att försöka både vetenskapligt och i praktiken utveckla frisk- och skyddsperspektivet i allt folkhälsoarbete. Det kan handla om kunskap och insatser relaterade till sociala nätverk, gemenskap och ett bostadsområdes sociala kapital. Men i minst lika hög grad handlar det om ökad vardagsmakt, dvs. ökade möjligheter att påverka t.ex. egna livs- och arbetsvillkor och barnens uppväxtvillkor. Det finns många forskningsrapporter som belyser hur ett lågt självförtroende och små möjligheter att påverka sin situation ökar benägenheten att utsätta sig för olika risker när det gäller tobak, alkohol, narkotika och sex. Det kan vara ett sätt att undertrycka osäkerhet och hävda sig liksom ett uttryck för bristande kraft att stå emot ett gruppträck. Insatser som ökar självförtroendet minskar också erfarenhetsmässigt "behovet" av ett utpräglat riskbeteende.

Ökad vardagsmakt är givetvis speciellt viktigt för personer med en svag position på tjänste- och varumarknaden där köpkraft avgör graden av inflytande och på arbetsmarknaden där kortutbildade, personer med funktionshinder och vissa invandrargrupper ofta har en mycket svag position.

I denna dimension av folkhälsopolitiken är det också naturligt och viktigt att uppmärksamma betydelsen av politiska resurser, dvs. att alla medborgare har goda möjligheter att inom ramen för den demokratiska processen påverka samhällsförhållanden och livsvillkor.

De hälsopolitiska målen i detta frisk- och skyddsperspektiv kan mot denna bakgrund uttryckas i termer av ökad livskvalitet, gemenskap, socialt stöd, vardagssolidaritet och makt att påverka hälsans villkor. Den enkla och tydliga kopplingen mellan mål som dessa och specifika strategier och insatser kan dock vara svår att finna. I många fall handlar det främst om ett synsätt som måste genomsyra allt folkhälsoarbete. Det kan därför finnas goda skäl att integrera detta synsätt i andra typer av strategier snarare än att försöka renodla det som ett huvudalternativ.

I vissa fall kan det dock både vara rimligt – och möjligt – att utgå från ett frisk- och skyddsperspektiv i det konkreta folkhälsoarbetet.

Det kan t.ex. gälla lokalt bostadsområdesbaserat folkhälsoarbete med ökad vardagsmakt i fokus samt hälsofrämjande insatser i skolan. Detta perspektiv kan också ge en bra utgångspunkt och referensram för insatser som syftar till att främja hälsosamma matvanor och ökad fysisk aktivitet.

Målformuleringarna i ett frisk- och skyddsperspektiv blir sannolikt i första hand av visionär karaktär om hälsofrämjande samhällen, ökad solidaritet och gemenskap samt inriktningsmål typ ökat elevinflytande och makt för socialt utsatta grupper att påverka sina livsvillkor och därmed också hälsans villkor. Det finns i detta perspektiv också särskild anledning att framhålla behovet av ett ökat forsknings- och utvecklingsarbete kring hälsans snarare än ohälsans beståndsdelar.

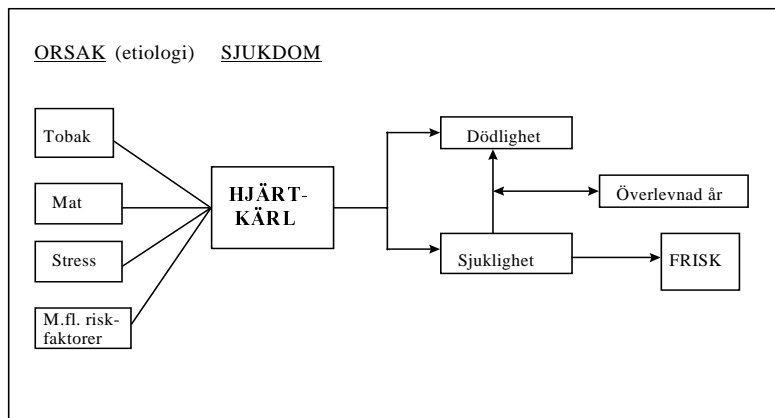
8.5.3 Sjukdomsperspektivet

Sjukdomsperspektivet utgör en självklar utgångspunkt ur ett medicinskt perspektiv med dess specialinriktning mot olika sjukdomsgrupper/organ.

Målen uttrycks i termer av minskad sjuklighet och/eller tidiga dödsfall i t.ex. hjärt-kärlsjukdomar, hiv/aids, cancer och skador.

Grafiskt illustreras detta perspektiv i figur 8.5 där fokus – och därmed mål och handlingsplaner – utgår från att minska hjärt-kärlsjukdom.

Figur 8.5 Illustration av sjukdomsperspektivet



Fördelar

- * Sjukdomsperspektivet har en naturlig och stark förankring i biomedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete vilket ökar sannolikheten för ett aktivt engagemang från läkare och annan medicinskt utbildad personal.
- * Fokuseringen på en viss sjukdom kan underlätta uppföljning och utvärdering av olika förebyggande insatser eftersom det ofta finns en bra sjukdomsorienterad epidemiologisk bas.
- * Mål och handlingsprogram som inriktas mot sjukdomar är begripliga – och upplevs som naturliga för ett folkhälsoarbete – utifrån den intresserade allmänhetens perspektiv.

Nackdelar

- * Åtgärderna blir ofta splittrade och omfattande vid sjukdomsriktade program eftersom flertalet sjukdomar orsakas av många olika och samverkande riskfaktorer.
- * Förebyggande insatser begränsas ofta till medicinskt individinriktat arbete med fokus på t.ex. kolesterol, blodtryck och val av livsstil utan att beakta bakomliggande samhällsförhållanden och livsvillkor.

Diskussion

Sjukdomsperspektivet bör givetvis tydligt återspeglas i de övergripande målen för folkhälsoarbetet med dess inriktning mot att förebygga sjukdom. I de fall man saknar god kunskap om sjukdomens orsaker och/eller kostnadseffektiva metoder att påverka bestämningsfaktorerna för olika sjukdomar måste de sjukdomsspecifika målen bli av mer visionär karaktär.

Vid en bedömning av förutsättningarna att utgå från ett sjukdomsperspektiv vid formulering av mål och strategier bör bl.a. följande beaktas:

- *Latenstiden*, dvs. den tid som förflyter mellan riskexponering och manifest sjukdom. I vissa fall kan den vara mycket lång, 20–30 år, och i andra fall mycket kort eller ingen alls. Ju kortare latenstiden är ju större förutsättningar finns vanligen att formulera mål och utforma strategier direkt relaterade till utfallet i form av sjukdom och skador.
- *Sjukdomens etiologi*, dvs. vad som orsakar sjukdomen, påverkar också förutsättningarna att utgå från ett sjukdomsperspektiv vid

formulering av hälsopolitiska mål och strategier. Är kunskapsbasen svag om vad som orsakar en viss sjukdom saknas givetvis, som tidigare betonats, också förutsättningar för en effektiv förebyggande sjukdomsspecifik strategi.

- *Avvägningen mellan medicinskt förebyggande och samhällsinriktade insatser.* I de fall individinriktade, medicinskt förebyggande insatser, typ vaccinering, utgör basen för att förebygga t.ex. olika infektionssjukdomar, framstår sjukdomsperspektivet som självklart. Det sjukdomsspecifika perspektivet väljs också ofta som en av flera kompletterande strategier för att utforma de medicinskt förebyggande insatserna mot t.ex. högt blodtryck, höga kolesterolvärden och kraftig övervikt. De bakomliggande orsakerna till dessa riskfaktorer i form av bl.a. stress, hög arbetslöshet och bristande socialt nätverk brukar dock falla utanför det sjukdomsinriktade folkhälsoarbetet.
- Sjukdomsperspektivet kan också vara en lämplig *utgångspunkt för individ- och befolkningsinriktad hälsoupplýsning*. Det var t.ex. ganska självklart att välja detta perspektiv i kampen mot HIV/AIDS. Även i detta fall finns dock skäl att betona betydelsen av att samtidigt utveckla och stödja folkhälsoinsatser – inte minst i skolan – som utifrån ett bredare hälsofrämjande perspektiv påverkar riskbeteendet, t.ex. genom att öka självförtroende och vardagsmakt.

Målformuleringarna i ett sjukdomsperspektiv kan utgå såväl från professionellt definierad som upplevd ohälsa och sjukdom samt från förtida död och medellivslängd. Det är givetvis viktigt att välja mått som verkligen avspeglar sjuklighet och sjukdom i hela befolkningen. Detta är inte fallet för många av de mått som i dag finns och används i olika epidemiologiska analyser. Data om öppen resp. sluten vård för olika sjukdomar påverkas i hög grad av vårdutbudets omfattning och inriktning och är givetvis begränsat till de patienter som söker och får vård. Finns stora otillfredsställda vårdbehov utgör det ytterligare en allvarlig felkälla. Uppgifter om sjukfrånvaro påverkas erfarenhetsmässigt av förändringar i ersättningssystem och är därför inte heller en säker bas för att beskriva och följa ohälsans omfattning, fördelning och utveckling över tiden. Upplevd ohälsa – som den redovisas på basis av periodiska levnadsnivåundersökningar – fångar hela den vuxna befolkningen under förutsättning att bortfallet inte är för stort. Detta ger en god bas för formulering och uppföljning av hälsopolitiska mål men då i de mer allmänna ohälsotermer som levnadsnivåstudier av detta slag kan fånga upp. Mortalitetsdata med relativt tillförlitliga uppgifter om dödsorsaker är givetvis en mycket

god bas för hälsopolitiska mål beträffande förebyggbara sjukdomar och skador som ofta leder till förtida död.

Det kan mot denna bakgrund – även med det omfattande sjukdomsinriktade epidemiologiska underlag som finns i Sverige – vara svårt att formulera och följa upp för hela befolkningen relevanta sjukdomsspecifika mål.

8.5.4 Målgruppsperspektivet

Målgruppsperspektivet avser en viss del av befolkningen. Inom folkhälsoarbetet är det mycket vanligt att man därvid utgår från olika åldersgrupper. Denna åldersrelaterade målgruppsorientering är vanligast när det gäller insatser för barn och ungdom samt för äldre (över 65 år). Det finns vidare ofta goda skäl att koppla samman olika åldersrelaterade målgrupper i ett livscykelperspektiv med fokus t.ex. på hur livsvillkor och levnadsvanor under en fas i livet påverkar hälsan under en senare fas i livet.

En annan vanlig typ av målgruppsindelning är att man fokuserar på social- och yrkesgrupper som löper särskilt stor risk att drabbas av sjukdom och förtida död. I dessa fall talar man ofta om riskgrupper. Detta riskgruppsperspektiv – som således utgör en typ av målgruppsorientering – kan ofta ge goda möjligheter att analysera och förstå hälsans villkor bland t.ex. socialt utsatta grupper, vissa invandrargrupper, kortutbildade kvinnor med arbetarbakgrund samt vissa yrkesgrupper vars arbetsmiljö är speciellt riskfylld.

Riskgruppsperspektivet kan illustreras med nedanstående figur 8.6 som visar att ohälsan bland grupper med lång resp. kort utbildning har mycket olika bakgrund. Bland dem med lång utbildning (grupp 2–3 i figuren) är andelen som drabbas av ohälsa låg och orsakerna i hög grad relaterade till mindre hälsofrämjande levnadsvanor.

Bland de kortutbildade – med en flera gånger högre sjuklighet – är huvudorsakerna för både män och kvinnor vissa strukturella faktorer (t.ex. svåra sociala och ekonomiska förhållanden, arbetslöshet, riskfyllda jobb och torftiga bostadsområden) och vad man i denna typ av forskning brukar kalla strukturellt betingat beteende, dvs. levnadsvanor som i hög grad är relaterade till livsvillkoren och därför inte ett uttryck för ett fritt val.

Det framgår vidare av diagrammen – den vita översta delen av stapeln – att andelen oförklarade/okända faktorer är betydligt större bland kortutbildade kvinnor än bland män. Detta beror sannolikt på

att forskningen kring ohälsans sociala fördelning i hög grad fokuserat på män snarare än kvinnor.

Figur 8.6. Ojämlighet i upplevd ohälsa i olika socioekonomiska grupper (uttryckt i utbildningsnivå) och med fokus på de strukturella och beteenderelaterade faktorer som förklarar de observerade sociala skillnaderna bland män resp. kvinnor.

Källa: Stronks et al. Behavioural and structural factors in the explanations of socio-economic inequalities in health, *Sociology of Health and illness* 1996:18.

I figur 8.6 har odds-kvoter beräknats. Dessa uttrycker hur många gånger större risken är att drabbas av upplevd ohälsa i grupper med olika utbildningsnivåer (grupperna 2 till 7) jämfört med gruppen med högst utbildningsnivå (grupp 1). Grupp 1, som inte finns i figuren, har värdet 1. En odds-kvot på t.ex. 2 innebär en fördubblad risk för ohälsa för gruppen i fråga jämfört med grupp 1.

Kunskap om orsakerna till ohälsans ojämlika fördelning är givetvis av strategisk betydelse för att förstå vad som krävs för att förbättra hälsans villkor inom olika befolkningsgrupper. En generell folkhälsostrategi måste således – för att bli generell – omfatta hela det riskpanorama som karaktäriserar de kortutbildades livssituation. Utgår man enbart från de högutbildades verklighet, där de aktuella hälsopolitiska insatserna begränsas till hälsoupplýsning, kan man inte tala om en generell hälsopolitik och sannolikheten är stor att hälsoskillnaderna ökar snarare än minskar.

I ett målgruppsperspektiv ingår också hänsyn till de skillnader som finns mellan kvinnor och män när det gäller olika faktorer som påverkar hälsan. Påfrestningar drabbar kvinnor och män olika, vilket innebär att det ofta behövs olika typer av insatser för kvinnor och män. Många förebyggande och hälsofrämjande insatser är således inte neutrala i detta avseende.

Fördelar

- * Målgrupps- inkl. riskgruppsperspektivet ger ofta goda möjligheter att fånga och förstå olika gruppers livsvillkor och hur dessa påverkar levnadsvanor utifrån en helhetssyn på hälsans villkor. Hälsans goda och ohälsans onda cirklar kan därmed tydliggöras liksom det faktum att flertalet s.k. riskgrupper har många risker ("har man en har man alla"). Detta gör det möjligt att beakta kluster av risker snarare än enbart enskilda risker och söka utforma strategier som bryter detta mönster.

Nackdelar

- * En isolerad riskgruppsstrategi, dvs. insatser enbart riktade mot en viss grupp, kan verka stigmatiserande och splittra en samlad folkhälsostrategi. Ett alternativ kan vara att integrera hälsopolitiska jämlikhetsmål och strategier i alla hälsomål och strategier samt att vid behov komplettera med specifika riskgruppsinriktade insatser inom ramen för dessa generella program.

Diskussion

Målgruppsperspektivet bör väljas när man eftersträvar en helhetssyn på hälsans och ohälsans villkor utifrån de berörda gruppernas vardagsverklighet. Detta perspektiv väljs därför ofta när man utformar hälsofrämjande strategier bland barn och ungdom där just kunskap om livsvillkor, egna upplevelser och resurser utgör förutsättningar för ett framgångsrikt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

De medicinska specialiteter som växt fram ur ett åldersrelaterat målgruppsperspektiv gäller framförallt barn (pediatrik) och äldre (geriatrik).

Målgruppsperspektivet är också mycket lämpligt för att förstå hälsans och ohälsans villkor hos kvinnor och män i olika social- och

yrkesgrupper. Ur ett folkhälsoperspektiv lever ekonomiskt och socialt privilegierade grupper i en helt annan värld än de mindre privilegierade grupperna. Detta återspeglas i att risken att drabbas av ohälsa och tidiga dödsfall vanligen är 25–50 procent högre bland arbetare och deras barn än bland tjänstemän och deras barn.

Riskgruppsperspektivet kan också öka förutsättningarna för en dialog mellan berörda grupper och beslutsfattare. I första hand handlar denna dialog om att lära och lyssna. I folkhälsoarbetet har detta i alltför hög grad tolkats som att professionella personer informerar olika befolkningsgrupper snarare än att politiker och professionella lyssnar och lär av de erfarenheter, förhoppningar och begränsningar som finns t.ex. bland utsatta grupper när det gäller hälsans villkor och möjligheterna och viljan att påverka dessa villkor. Riskgruppsperspektivet blir därmed av strategisk betydelse både för att kunna utforma olika typer av hälsopolitiska jämlikhetsprogram med fokus på t.ex. olika sjukdomar, risker eller arenor men också för att kunna stimulera och underlätta det breda folkliga engagemang i folkhälsoarbetet som ofta är en förutsättning för framgång.

Målformuleringarna i ett målgrupps- inkl. riskgruppsperspektiv kan uttryckas såväl i risk-, frisk- och skyddstermer som i sjukdomstermer.

I ett riskgruppsperspektiv är fokus också på t.ex. de sociala skillnaderna i ohälsa och tidig död. Samtidigt är det viktigt att betona att hälsopolitiska jämlikhetsmål skall uppnås genom att de mindre privilegierade gruppernas hälsa förbättras.

Speciell uppmärksamhet bör i riskgruppsperspektivet ägnas mål kring makt och inflytande samt i folkhälsosammanhang ofta borttappade risker som ekonomisk stress, långvarig arbetslöshet, funktionsnedsättningar och social segregering.

Vidare bör uppmärksammas möjligheterna att basera mål och måluppföljningar på de berörda gruppernas egen bedömning av situationen. Skolelever borde t.ex. regelbundet få möjlighet att ge sin syn på skolan och skolarbetet. Skolor med hög andel elever som tycker det är trist och hopplöst att gå till skolan kan knappast betecknas som hälsofrämjande skolor. På motsvarande sätt kan man aktualisera behovet av motsvarande undersökningar för att fånga hälsans villkor i den vardag som präglar livet för t.ex. många långtidsarbetslösa, kortutbildade mammor med små barn och vissa invandrargrupper.

Kunskapen om kvinnors och mäns delvis olika förutsättningar för hälsa ställer krav på att också genusaspekter beaktas i målformuleringarna.

8.5.5 Arenaperspektivet

Intresset för att i ökad utsträckning utgå från en viss arena i folkhälsoarbetet har stärkts under 1990-talet såväl internationellt som i Sverige. Exempel på detta är hälsofrämjande skolor, städer och sjukhus. Arbetsplatsen är sedan länge en arena för att begränsa eller eliminera sjukdomar och skador.

Fördelar

- * Arenaperspektivet kan ge goda möjligheter till en bred förankring inom olika grupper verksamma på just denna arena – i bostadsområdet, på arbetsplatsen och i skolan etc. Detta kan vara mobiliserande och ge en helhetssyn som utgår från många människors och gruppers gemensamma vardagsverklighet. Detta gäller speciellt arenor som skola och arbetsplats där människor tillbringar en stor del av sitt liv.

Nackdelar

- * Arenaperspektivet kan bli alltför begränsat för att tackla många strukturellt betingade hälsorisker. Visionerna om det hälsosamma livet i det socialt nerlitna bostadsområdet förblir lätt visioner om inte de aktuella problemen sätts in i ett bredare välfärdsperspektiv kring sysselsättning, behovsbaserad resursfördelning mellan rika och fattiga kommuner samt insatser för att begränsa utslagning och social segregering. Det kan också vara svårt att mäta resultat i termer av förbättrad hälsa och minskad risk i denna typ av processororienterad verksamhet, som ofta omfattar ett stort antal mindre insatser snarare än en specifik kraftsamling inom ett problemområde.

Diskussion

Skolan är en viktig arena för folkhälsoarbetet eftersom den under lång tid präglar en stor del av barns och ungdomars vardag och upplevelser. Drivkraften och prioriteringarna i skolans hälsofrämjande arbete måste i hög grad komma från elever, lärare, föräldrar och andra resurspersoner inom eller med nära anknytning till skolans värld. Områden som kan aktualiseras i den egna skolans hälsoprogram kan omfatta såväl den fysiska som psykiska arbetsmiljön

i skolan som insatser för att öka elevinflytande, utveckla undervisning och samtal när det gäller både hälsosamma levnadsvanor och ohälsosamma livsvillkor. Skolans hälsoprogram kan också speciellt lyfta fram betydelsen av bra skolluncher för alla och värdet av olika typer av fysisk aktivitet. Det finns även skäl att inom ramen för dessa hälsoprogram speciellt beakta behovet av särskilda insatser för barn med särskilda behov. Ett ökande antal s.k. hälsofrämjande skolor arbetar utifrån detta synsätt i Sverige (se vidare kapitel 9).

Arbetsplatsen är den mest utvecklade arenan för att förebygga sjukdom och skador. Den självklara utgångspunkten i detta arbete har givetvis varit att fokusera på den arbetsplatsrelaterade ohälsan, dvs. de faktorer i arbetsmiljön som orsakar sjukdom och skador. Förändringar såväl i arbetslivets övergripande strukturer som inom företagshälsovården har dock under 1990-talet skapat nya och delvis försämrade möjligheter för att säkerställa en ur hälsosynpunkt tillfredsställande arbetsmiljö. Samtidigt håller ett bredare synsätt på att växa fram där arbetsplatsen är en bas – arena – för förebyggande insatser som förutom direkt arbetsrelaterade faktorer även omfattar hälsorelaterade levnadsvanor och livsvillkor. Därmed skapas nya och bättre förutsättningar att förstå och beakta de många ur hälsosynpunkt viktiga samband som finns mellan arbete, hem och fritid. I detta arbete fokuserar man t.ex. på hur skiftarbete kan påverka familj och fritid och på eventuella samband mellan organisationsform, stress och rökvanor. Under senare år har även frågor med psykosociala aspekter i arbetslivet och jämställdhetsfrågor fått ökad uppmärksamhet. Arbetsplatsen kan därmed bli en än viktigare arena för folkhälsoarbetet inte minst i ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv (se vidare kapitel 9).

Bostadsområdet anges ofta också som en viktig arena för folkhälsoarbete. En viktig förutsättning för ett framgångsrikt lokalt folkhälsoarbete i ett bostadsområde är att idéer och prioriteringar växer fram bland de boende själva och har en mycket nära anknytning till vardagslivets problem och glädjeämnen. Möjligheterna att utifrån ett professionellt perspektiv engagera människor i ett lokalt folkhälsoarbete ökar sannolikt när fokus är på något närliggande direkt påverkbart problem, t.ex. olycksfall bland barn eller knyter an till exempelvis miljörelaterade hälsorisker som oroar många. Behovet av lokalt förankrat och mobiliserande folkhälsoarbete torde vara störst i socialt mycket utsatta bostadsområden i storstäderna, dvs. i de områden där segregationen ökat kraftigt under 1990-talet. Det är erfarenhetsmässigt också en arbetsform som kan fungera mycket väl

i mindre samhällen. Ett aktuellt exempel är Norsjöprojektet med dess inriktning mot att förebygga hjärt-kärlsjukdomar.

Ett generellt problem i denna typ av bostadsområdesbaserat förnyelse- och folkhälsoarbete är dock att det kräver mer tid och engagemang än många yrkesverksamma anser att de hinner med. Det är svårt nog att få tiden att räcka till för hem och barn. Det finns därför goda skäl att försöka utveckla former för detta arbete som utgår från vardagslivets villkor för olika grupper och speciellt uppmärksammar möjligheterna att engagera de grupper i det lokala folkhälsoarbetet som tillbringar mest tid – och kanske också har mest tid – i det egna bostadsområdet och närmiljön som barn, arbetslösa, förtidspensionerade och äldre. Det finns vidare goda skäl att söka integrera folkhälsoaspekter – och det lokala engagemanget – i den verksamhet som bedrivs av frivilliga organisationer och inom ramen för t.ex. olika typer av sociala förnyelseprogram i utsatta storstadsmiljöer eller regionalpolitiska satsningar i en krisdrabbad glesbygd.

Viktiga drivkrafter i detta lokala bostadsområdesbaserade folkhälsoarbete är bl.a. en primärvård med ett uttalat områdesansvar och de folkhälsoråd som nu finns i flertalet av landets kommuner (se vidare kapitel 4).

Vidare bör uppmärksammas att ett lokalt engagemang kring förbättringar av livsvillkor och levnadsvanor t.ex. i skolan, på arbetsplatsen eller i det egna bostadsområdet i sig utgör viktiga frisk- resp. skyddsfaktorer.

8.5.6 Olika perspektiv kompletterar varandra

Folkhälsopolitiska mål och strategier kan och bör uttryckas utifrån många olika perspektiv. Valet av perspektiv bör göras mot bakgrund av praktiska erfarenheter av vad som fungerar bäst. Speciell uppmärksamhet skall – enligt Nationella folkhälsokommitténs direktiv – ägnas insatser som förbättrar hälsans villkor bland de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa och tidig död.

Det är samtidigt viktigt att se hur olika perspektiv – och därmed mål och strategier – kompletterar varandra. Detta kan illustreras t.ex. när det gäller insatser för att förebygga hjärt-kärlsjukdomar. Det är lätt att tro att ett program för att förebygga denna folksjukdom naturligen bör utgå från ett sjukdomsspecifikt perspektiv. Ett kostnadseffektivt arbete för att förebygga hjärt-kärlsjukdom förutsätter emellertid insatser utifrån flera olika perspektiv.

Sjukdomsperspektivet mobiliserar medicinskt förebyggande insatser som identifiering och behandling av personer med högt blod-

tryck, höga kolesterolvärden samt vissa råd om att sluta röka och hälsosammare matvanor etc.

Riskperspektivet är effektivast för att genom en kombination av samhälls- och individinriktade insatser påverka rök- och alkoholvanor som bl.a. är av stor betydelse för utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom.

Riskgruppsperspektivet tydliggör hur olika kluster av riskfaktorer – och de synergieffekter som finns mellan dessa riskfaktorer – ger en delvis annan och tydligare bild av hjärt-kärlsjukdomarnas sociala etiologi. Det ger i sin tur viktig kunskap om hur man – inom ramen för en generell folkhälsostrategi för att förebygga hjärt-kärlsjukdom – skall kunna utveckla insatser av speciellt stor betydelse för de social- och yrkesgrupper som löper störst risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom. Med tanke på att de sociala skillnaderna i t.ex. hjärt-kärlödlighet i yrkesverksamma åldrar har ökat mycket kraftigt under de senaste årtiondena framstår denna typ av integrerade riskgruppsperspektiv som mycket viktig.

Frisk- och skyddsperspektivet tydliggör behovet av ökad vardagsmakt och självförtroende och därmed minskad benägenhet att utveckla ett riskbeteende när det gäller t.ex. tobak och alkohol, men sannolikt också ohälsosamma matvanor inte minst bland ungdomar.

Arenaperspektivet – speciellt arbetsplatsen – framstår som en naturlig utgångspunkt för insatser för att främja en bättre psykosocial arbetsmiljö och därmed minska de stressrelaterade riskfaktorer som orsakar bl.a. hjärt-kärlsjukdom. I ett långsiktigt perspektiv är också skolan en viktig arena för att minska hjärt-kärlsjukdom genom hälsofrämjande insatser som minskar andelen ungdomar som börjar röka och grundlägger hälsosamma matvanor.

Kommittén kommer mot denna bakgrund att vid utformningen av mål och strategier i folkhälsoarbetet utgå ifrån flera kompletterande perspektiv. Utifrån dessa olika perspektiv och olika typer av hälso-konsekvensbedömningar finns goda förutsättningar att inom ramen för kommitténs processinriktade arbete successivt utveckla ett förslag till en samlad svensk folkhälsopolitik som på ett tydligare sätt än flertalet liknande dokument i andra länder knyter samman aktörer, åtgärder och hälsopolitiska mål.

8.6 Kriterier vid valet av risk-, frisk- och skyddsfaktorer, målgrupper och hälsoproblem

Vår bedömning: I det prioriteringsarbete som innebär att formulera hälsomål skall ökad jämlikhet utgöra en överordnad prioriteringsgrund.

Vid val av de risk-, frisk- och skyddsfaktorer samt hälsoproblem som skall utgöra byggstenar i de nationella hälsomålen är följande kriterier betydelsefulla:

- förekomst
- konsekvenser för individ, anhörig samt samhälle
- fördelning i befolkningen
- möjlighet att åtgärda

Vid val av målgrupper är följande kriterier centrala:

- förekomst av ohälsa och risk-, frisk- och skyddsfaktorer
- ojämlikhet i hälsa och i exponering för risk-, frisk- och skyddsfaktorer

En huvuduppgift för utredningen är att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet. Varje mål skall, enligt direktiven, grundas på ett vetenskapligt underlag som dels belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet, dels redovisar, så långt som möjligt, vilka ekonomiska, sociala och andra konsekvenser målen skulle få om de uppfylldes resp. inte uppfylldes. Det är viktigt att i de nationella målen särskilt uppmärksamma och minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, etniska grupper, geografiska områden och mellan könen.

En viktig uppgift för kommittén är att i ett relativt tidigt skede i utredningen överväga vilka kriterier som skall styra valet av de risk-, frisk- och skyddsfaktorer, målgrupper och/eller hälsoproblem som, så småningom, skall vara byggstenar i de nationella målen. Kraven på en medveten och genomtänkt prioritering är särskilt stora när resurserna är knappa.

Kommittén skall, enligt direktiven, utgå från det övergripande målet om en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska de socialt betingade skillnaderna i hälsa mellan grupper. Kommittén anser därför att jämlikhet i hälsa bör vara ett överordnat kriterium och därmed utgöra en överordnad prioriteringsgrund för kommitténs fortsatta arbete.

För att underlätta och ge struktur åt en diskussion som gäller valet av risk-, frisk- och skyddsfaktorer, målgrupper och hälsoproblem, anges nedan några viktiga kriterier som bör beaktas.

8.6.1 Kriterier för val av risk-, frisk- och skyddsfaktorer

Bakom folkhälsoproblemen finns ofta kända orsaker som är möjliga att påverka. De som leder till ohälsa brukar kallas riskfaktorer medan de som främjar hälsa kan kallas frisk- eller skyddsfaktorer. Orsakerna är på olika sätt relaterade till människors levnadsvanor och levnadsvillkor. En grundläggande prioriteringsgrund är dock att det finns ett vetenskapligt underlag som belyser hälsoriskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet och att man även kan påvisa ekonomiska, sociala och andra konsekvenser av den ohälsa som kan sättas i samband med föreliggande riskfaktorer.

Det finns en uppsjö av olika risk-, frisk- och skyddsfaktorer för hälsa och välbefinnande. De viktigaste faktorerna som bör bedömas utifrån nedanstående kriterier är tobak, alkohol, narkotika, matvanor, fysisk aktivitet, solvanor, sexualitet och samlevnad, fysisk och psykosocial arbetsmiljö, socialt stöd, socialt nätverk, utbildning, sysselsättning, yttre miljö, boende, arbetslöshet och fattigdom. Det är viktigt att komma ihåg att många riskfaktorer kan orsaka en rad olika sjukdomstillstånd. Riskfaktorerna kan dessutom uppträda samtidigt (t.ex. rökning, överkonsumtion av alkohol och tungt arbete) vilket medför att de faktiska riskerna inte bara adderas, utan att de genom kombinationen flerfaldigas. Samtidigt kan olika typer av skyddsfaktorer i viss mån kompensera för eller lindra eventuella negativa hälsoeffekter av riskfaktorerna. I det följande diskuteras olika kriterier som bör beaktas vid valet av risk-, frisk- och skyddsfaktorer.

□ *Kriterier relaterade till risk-, frisk- och skyddsfaktorns förekomst*

Speciell uppmärksamhet bör riktas mot de riskfaktorer som är särskilt utbredda i befolkningen eller i vissa befolkningsgrupper. I fråga om frisk- och skyddsfaktorer är det naturligtvis önskvärt att dessa förekommer i stor utsträckning i alla befolkningsgrupper. Om förekomsten av risk-, frisk- och skyddsfaktorer minskar eller ökar i frekvens bör det också vägas in i diskussionen om prioritering.

Som exempel kan nämnas rökning som är relativt utbredd i befolkningen (24 procent av kvinnorna och 22 procent av männen röker dagligen). Trots att andelen rökare minskar stadigt bland både

män och kvinnor, bör rökning fortfarande betraktas som en viktig riskfaktor. Exponering för t.ex. asbest är numera sällsynt i arbetslivet tack vare aktiva samhällsinsatser. En prioritering av ytterligare insatser, dvs. insatser utöver de som redan görs för att minska exponeringen för asbest, är således knappast nödvändiga.

- *Kriterier relaterade till risk-, frisk- och skyddsfaktorns konsekvenser för individers och närståendes hälsa samt samhällets kostnader*

Riskfaktorer som kan ge upphov till ohälsa med allvarliga konsekvenser för individen och anhöriga, som är förknippade med stora samhällskostnader i form av produktionsbortfall på grund av sjukdom och död och som kräver stora offentliga stödinsatser för dem som drabbas, bör särskilt uppmärksammas. Analogt, bör frisk- och skyddsfaktorer som är relaterade till bibehållen eller förbättrad hälsa hos individen och i befolkningen i stort lyftas fram i prioriteringsdiskussioner. Möjligheten att minska eller öka förekomsten av risk- resp. frisk- och skyddsfaktorn i fråga är ytterligare en aspekt som bör diskuteras. Som exempel kan nämnas exponering för lösningsmedel som kan ge upphov till skador i nervsystemet samt minnesförlust, vilket innebär stora lidanden för individen själv och hans eller hennes anhöriga. Samhällets kostnader till följd av behandling av sjuklighet orsakad av lösningsmedel, produktionsbortfall på grund av förtidspensionering eller sjukskrivning blir också stora.

- *Kriterier relaterade till risk-, frisk- och skyddsfaktorns fördelning i befolkningen*

För de flesta risk-, frisk- och skyddsfaktorer gäller att dessa förekommer i olika stor utsträckning beroende på socioekonomisk bakgrund, kön, ålder, etnisk bakgrund och boendeort. En riskfaktor kan t.ex. utgöra ett stort problem från hälsosynpunkt i en grupp men inte i en annan. Tunga lyft förekommer ofta bland vissa grupper av industriarbetare med risk för ryggbesvär som följd medan de flesta tjänstemannagrupperns arbete inte medför några tunga lyft alls. För befolkningen i utsatta regioner kan exponering för radon innebära risker för hälsan, medan befolkningar i andra regioner inte alls exponeras för radon.

8.6.2 Kriterier för val av målgrupp

Effektiviteten av olika insatser i folkhälsoarbetet hänger starkt samman med hur väl anpassade de är för att påverka förhållandena för olika grupper i befolkningen. Att avgränsa olika målgrupper är som regel nödvändigt för att använda resurserna effektivt. Valet av målgrupp är dock inte alltid enkelt. Val av målgrupp handlar inte enbart om vad som är mest effektivt utan det skall också vara etiskt försvarbart. Det finns åtminstone två viktiga indelningsgrunder för målgrupper:

- a) Allmänna målgrupper (t.ex. skolungdomar, pensionärer och kvinnor). Dessa målgrupper väljs om man avser att sätta in insatser av generell natur. Att servera skolmältider är exempel på en sådan insats. Att vaccinera alla barn mot mässling är en annan. Ur jämlikhetssynpunkt är det dock viktigt att dessa generella insatser verkligen når alla i målgruppen.
- a) Sårbara och riskgrupper. Sårbara grupper (t.ex. ensamstående föräldrar, nyanlända invandrare, lågutbildade och äldre med stort hjälpbehov) är sådana som på grund av att de befinner sig i en särskild fas i livet och/eller tillhör en viss kategori har en ökad risk att drabbas av ohälsa. Riskgrupper utgörs av människor som genom t.ex. levnadsförhållanden, exponering, beteende, egenskaper eller symptom löper större risk än andra att drabbas av ohälsa. Åtskillnad mellan sårbara grupper och riskgrupper är ofta svår att göra, eftersom dessa kategorier i stor utsträckning kan överlappa varandra. I båda kategorierna avspeglas utsatthet i någon form. Vid valet av målgrupper bör följande kriterier beaktas:
 - Kriterier relaterade till förekomst av ohälsa samt risk-, frisk- och skyddsfaktorer*

Vid valet av målgrupp bör uppmärksamheten riktas mot personer där det finns en särskilt hög förekomst av vissa typer av ohälsa/sjukdomar och/eller där en anmärkningsvärt stor ökning av vissa typer av ohälsa/sjukdom hos gruppen i fråga kan konstateras. Diskussionen kring val av målgrupp bör även relateras till förekomsten av vissa riskfaktorer (t.ex. hög frekvens av en viss riskfaktor eller flera riskfaktorer samtidigt hos målgruppen).

- *Kriterier relaterade till ojämlikhet i hälsa samt ojämlikhet i exponering för risk-, frisk- och skyddsfaktorer*

Ett ytterligare kriterium för val av målgrupp är ojämlikhet i fråga om förekomst och utveckling av sjuklighet och dödlighet samt i fråga om utsatthet för riskfaktorer. Det kan handla om vissa grupper vars hälsa försämras eller inte förbättras i lika stor utsträckning som andra grupper. Det kan också handla om grupper där utsattheten för en eller flera riskfaktorer ökar eller inte minskar lika mycket som hos andra grupper.

8.6.3 Kriterier för val av hälsoproblem

Det finns flera olika indikatorer och mått för att utifrån ett folkhälsoperspektiv bedöma den relativa betydelsen av olika sjukdomar och därmed kunna bedöma vilka åkommor som har karaktären av "folksjukdom". Det är viktigt att väga samman olika faktorer eftersom vissa typer av sjukdomar kan vara mycket betydelsefulla ur ett perspektiv (t.ex. hög dödlighet), men inte ur ett annat (t.ex. sjukskrivningsfrekvens). Nedan diskuteras några kriterier för att underlätta diskussionen kring val av hälsoproblem vid prioritering av mål och åtgärder.

- *Kriterier relaterade till ohälsans förekomst*

Analogt med diskussionen kring kriterier för val av risk-, frisk- och skyddsfaktorer är frågan om hur vanlig sjukdomen/ohälsan är och om den ökar eller minskar i frekvens viktig att uppmärksamma. Några exempel kan illustrera resonemanget. Rörelseorganens sjukdomar är den dominerande sjukdomsgruppen bland personer med långvariga sjukdomar och besvär. I åldrarna 16–84 år har ca 15 procent av männen och ca 20 procent av kvinnorna någon sådan sjukdom. I åldersgruppen 55–64 uppgår var fjärde man och kvinna att de har långvariga sjukdomar i rörelseorganen. Denna sjukdomsgrupp kan således bedömas som en allvarlig folksjukdom.

Under 1990-talet har psykiska problem (t.ex. oro, ångest och sömnbesvär) ökat bland både kvinnor och män och i alla socioekonomiska grupper. Psykisk ohälsa bör därför särskilt uppmärksammas eftersom den ökar i frekvens och är utbredd i många befolkningsgrupper.

Vissa typer av infektionssjukdomar, t.ex. gonorré, är numera sällsynta och sjunker stadigt i frekvens. Det finns knappast för närva-

rande någon infektionssjukdom i Sverige som förtjänar epitetet "folkhälsosjukdom". Infektionshoten är dock ett ständigt (folk-)hälsoproblem som kräver kontinuerlig uppmärksamhet.

□ *Kriterier relaterade till ohälsans konsekvenser för individ och närstående samt samhället*

En sjukdom kan vara betydelsefull att uppmärksamma av flera skäl. Den kan leda till för tidig död, orsaka svåra besvär och värk, leda till funktionsnedsättning och handikapp, kräva stora uppoffringar av de anhöriga samt innebära stora kostnader för samhället i form av produktionsbortfall, vård och rehabilitering.

Rörelseorganens sjukdomar leder t.ex. sällan till för tidig död, men orsakar mycket lidande och handikapp hos många individer. Denna sjukdomsgrupp tar mycket av samhällets resurser i anspråk i form av kostnader för produktionsbortfall, sjukskrivningsdagar, förtidspensioner och vård. Eftersom många sjukdomar i rörelseorganen, framför allt belastningsskador, har ett starkt samband med definierbara arbetsmiljöfaktorer, t.ex. tunga lyft, repetitiva arbetsrörelser och stress, finns det goda möjligheter att förebygga dessa sjukdomar genom förbättringar i den fysiska och psykosociala arbetsmiljön.

Nedsatt syn av lindrigare art, t.ex. närsynthet, är ganska utbrett i befolkningen, men leder ej till för tidig död, kräver ej sjukhusvård, behöver inte leda till produktionsbortfall och kan med tekniska hjälpmedel åtgärdas. Sådan nedsatt syn är exempel på "ohälsa" som knappast behöver prioriteras i förhållande till andra typer av allvarligare hälsoproblem.

□ *Kriterier relaterade till ohälsans fördelning i befolkningen*

Ökad jämlikhet vad gäller hälsa är ett viktigt mål vid prioriteringar inom folkhälsoarbetet. Viktiga indikatorer är således sjuklighetens fördelning mellan olika socioekonomiska grupper, etniska grupper, geografiska områden, könen och mellan olika åldersgrupper. Med ojämlikhet i hälsa menas inte enbart skillnader i hälsa. Vissa skillnader mellan t.ex. olika åldersgrupper eller mellan kvinnor och män kan betraktas som naturliga. En avgränsning är att det skall gälla systematiska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Den ojämlika ohälsan skall framför allt avspegla de olikheter i sjukdom och i tidig död som orsakas av riskfaktorer som den enskilde har begränsade eller inga möjligheter att välja bort. Förekomsten av flertalet sjukdomar är vanligare bland äldre, vilket hänger samman med ökad sårbarhet med stigande ålder. Sådana hälsoskillnader

mellan yngre och äldre kan således inte betraktas som ojämlika. Däremot betraktar vi det faktum att många sjukdomar debuterar flera år tidigare hos arbetare än hos tjänstemän som ojämlikt. Ojämlighet i hälsa är vidare en strategisk indikator, eftersom den visar hur mycket hälsan potentiellt skulle kunna förbättras om de sämst ställda hade samma villkor som de mest gynnade.

8.7 Några synpunkter om samverkan och kunskapsunderlag i folkhälsoarbetet

Vår bedömning: Kommunernas engagemang i det lokala folkhälsoarbetet behöver tydliggöras. Landstingen har en bred lokal kontaktyta genom bl.a. primärvården och en fortsatt viktig roll i folkhälsoarbetet. Kommunernas och landstingens hälsoplanering bör bli mer samordnad. Kommittén avser att särskilt följa utvecklingen av hälsoplaneringen i några län.

Organisationer och nätverk har en viktig roll i folkhälsoarbetet.

Regeringen bör uppdra åt Socialvetenskapliga forskningsrådet att medverka till att det tas fram ett vetenskapligt underlag avseende hälsokonsekvensbedömningar.

Uppgifter om yrkestillhörighet och utbildningsbakgrund är oundgängliga underlag för analyser av sjukdomars sociala orsaker. Yrkesuppgifter saknas i den offentliga statistiken efter år 1990 och bör tas fram med tanke på den epidemiologiska och yrkesmedicinska forskningen.

Kommittén har i kapitel 4 redovisat aktörer och roller i det nuvarande folkhälsoarbetet på lokal, regional och nationell nivå. Redovisningen bygger i några fall på äldre material och behöver uppdateras och fördjupas. Med den avsikten har kommittén påbörjat en kartläggning av offentliga myndigheters och organs folkhälsoarbete. Kartläggningen skall redovisas i ett separat betänkande under år 1998. Kommittén har vidare satt igång fördjupade undersökningar om kommunernas och landstingens folkhälsoarbete i samarbete med bl.a. kommuner och landsting. Undersökningarna är primärt inriktade på att uppdatera tidigare studier resp. skaffa ny information om folkhälsoarbetet. Sammantaget bör dessa underlag samt kontakter utåt mot organisationer och allmänhet genom seminarier, hearingar och s.k. skuggrupper bli en god grund för kommitténs fortsatta arbete.

Trots att ett utförligt underlag saknas i dagsläget vill kommittén redan nu lämna några synpunkter som gäller samverkan i folkhälsoarbetet. Även frågan om kunskapsunderlag i form av hälsokonsekvensbedömningar och uppgifter om befolkningens sociala bakgrund behandlas. Avsnittet struktureras med utgångspunkt från följande innehåll:

- samverkan på lokal och regional nivå
- samordning på den nationella nivån
- engagemang hos organisationer
- hälsokonsekvensbedömningar
- yrkesuppgifter för forskning

8.7.1 Samverkan på lokal och regional nivå

Arbete som i dag definieras som folkhälsoarbete i landsting och kommuner är en mycket liten verksamhet mätt i andelar av den tid och de ekonomiska resurser som huvudmännen förfogar över. Personer som i olika verksamheter arbetar förebyggande är på motsvarande sätt få till antal och andel. I hälso- och sjukvården innefattar primär- och sekundärpreventivt arbete framför allt epidemiologisk kunskapsproduktion och förmedling, hälsoundersökningar och åtgärder för att påverka särskilda riskfaktorer eller målgrupper samt medverka i sektorsövergripande samarbete på den lokala och regionala nivån.

I arbetet med att få igång, stödja och utveckla ett lokalt folkhälsoarbete med inrättande av folkhälsoråd, etablering av folkhälsoprogram och satsning på kunskapsstöd, har inte sällan landstings- resp. kommunanställda hälsoplanerare och hälsosamordnare haft stor betydelse som inspiratörer och rådgivare. Deras numerär har dock varit och är fortfarande liten. Kommunerna har redan i dag viktiga miljö- och hälsoskyddsuppgifter m.m. När bestämningsfaktorer för hälsa sätts i fokus och kommunerna successivt blir allt viktigare aktörer i folkhälsoarbetet får merparten kommunala verksamheter en hälso-dimension. Därmed kommer befintlig kommunal personal i många verksamheter att ha arbetsuppgifter som innefattar folkhälsoarbete.

Det är viktigt att kommunernas folkhälsoarbete fortsätter att utvecklas såväl enskilt som i samarbete med landstingen under de närmaste åren. Hälsfrågorna 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 hälsoin-

riktad kommunalpolitik. En inriktning för det fortsatta arbetet bör vara att uppnå

- ett tydligt politiskt ansvar för folkhälsoarbetet,
- en finansiell och administrativ stabilitet i arbetet,
- en ökad professionell kompetens såväl bland hälsoplanerare som annan nyckelpersonal,
- en god kompetens hos övrig personal i verksamheterna,
- en god samverkan mellan kommunerna, landstingen samt andra lokala och regionala organ och organisationer.

På motsvarande sätt är det viktigt att landstingen tydliggör och utvecklar hälso- och sjukvårdens ansvar och uppgifter inom ramen för en samlad folkhälsopolitik. Här handlar det, på samma sätt som gäller för kommunerna, om att uppnå ett tydligt politiskt och administrativt ansvar för folkhälsoarbetet och att utveckla samverkan med kommuner, organisationer och andra regionala organ, t.ex. kommunförbunden i länen. När det gäller de konkreta verksamheterna handlar det om att utveckla bl.a. de kunskapsgenererande funktionerna samt de primärpreventiva insatserna i egen regi och i samverkan med andra.

Till de kunskapsgenererande funktionerna hör att upprätthålla och utveckla den samhälls- och miljömedicinska kompetensen i fråga om ohälsans omfattning, fördelning och orsaker. Vidare är det viktigt att utbytet mellan producenter och användare av kunskapsunderlag utvecklas så att information tas fram som efterfrågas av personer och organisationer som arbetar konkret med folkhälsofrågorna. För att fördjupa kompetensen, inte minst om ohälsans etiologi, finns skäl att utveckla det folkhälsovetenskapliga FoU-arbetet i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen om sektorns ansvar för såväl klinisk som folkhälsovetenskaplig FoU. Ansvar för FoU-arbete i nämnda avseenden åvilar också kommunerna.

Primärpreventiva insatser bedrivs som en integrerad del i verksamheterna inom mödra- och barnhälsovården och övrig primärvård. I första hand avser arbetet hälsouppllysning riktad till enskilda och grupper men också mer samhällsinriktade initiativ. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i samverkan med kommuner och i vissa fall frivilligorganisationer utgör redan i dag en viktig del av det lokala folkhälsoarbetet. Kommittén avser att återkomma längre fram i utredningsarbetet till primärvårdens roll i folkhälsoarbetet.

Ur ett folkhälsoperspektiv finns ett ökat intresse för landstingen som regionala organ med fokus i frågor som gäller arbetsmarknad,

miljö och planering. I vilken utsträckning ett folkhälsoarbete med sådana förtecken kommer att bli en viktig del av en samlad folkhälsostrategi är ännu för tidigt att säga något bestämt om. De förändringar som pågår beträffande bl.a. landstingen i de skånska och västsvenska regionerna kan antas ha betydelse för frågan (se kapitel 4).

Folkhälsofrågor har hittills inte spelat någon framträdande roll i länsstyrelsernas arbete även om det finns kopplingar till dessa frågor, t.ex. i fråga om tillsynsansvar inom miljö- och hälsoskyddsområdet resp. alkoholområdet. Medverkan i länsrådsgrupper för drogförebyggande arbete och ansvar under senare år för projektmedel för förebyggande insatser inom alkohol- och drogområdet ger länsstyrelserna en viktig roll i ett folkhälsoperspektiv.

Kommittén anser att folkhälsoarbetets sammanhang inom regioner och i landet bör lyftas fram. Det betyder att kommittén bedömer att en hälsoplanering som involverar både kommuner och landsting är av godo.² Det betyder samtidigt att modeller för folkhälsoarbetet bör bygga på samverkan och samförstånd och utan att någon part har någon uttryckligt ledande roll. Önskvärt är att kommunerna genom direktkontakt med varandra och genom sina resp. länsförbund driver folkhälspolitikerna så att denna förankras i ett större sammanhang än det som gäller för den enskilda kommunen. Ett nätverksbyggande och en hälsoplanering som involverar kommunerna inom ett län eller en region och även landstinget inom området ser kommittén som en önskvärd utveckling för att etablera medvetenhet och sammanhang i folkhälsoarbetet. Med ett aktivt lokalt folkhälsoarbete i kommuner och kommundelar som även integreras läns-/regionvis ökar förutsättningarna för att olika verkningsfulla modeller för folkhälsoarbetet skall utvecklas. Med försök att forma utvecklingsplaner 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.

Som en del av de inledningsvis nämnda fördjupade undersökningarna av kommunernas och landstingens folkhälsoarbete har kommittén för avsikt att närmare följa utvecklingen av folkhälsoarbetet på lokal och regional nivå i några av landets län och särskilt uppmärksamma möjligheten att utveckla en hälsoplanering som gäller både kommuner och landsting. Samtidigt avses också stödet från organ på den nationella nivån att belysas.

² Med hälsoplanering avser kommittén en arbetsprocess där bl.a. mål och program för folkhälsoarbetet utformas.

8.7.2 Samordning på nationell nivå

I kapitel 4 har de statliga myndigheternas roll och ansvar redovisats översiktligt. För att få ett vidgat underlag angående de statliga myndigheternas folkhälsoarbete och för att belysa om det finns dubbelarbete resp. vita fält i arbetet har kommittén påbörjat en särskild kartläggning av bl.a. dessa verksamheter. Kommittén avser att återkomma med en redovisning av resultaten av undersökningen i ett särskilt betänkande under år 1998. Här vill kommittén särskilt uppmärksamma samordningen av folkhälsoarbetet och folkhälsopolitiken på den nationella nivån.

Folkhälsoinstitutet tillkom den 1 juli 1992 som en strategisk nationell resurs med ett sektorsövergripande ansvar för att främja hälsa och förebygga sjukdom. I denna funktion har institutet bl.a. tagit initiativ till bildandet av Generaldirektörsgruppen för folkhälsofrågor. Generaldirektörsgruppen omfattar 20 statliga myndigheter samt Landstingförbundet och Svenska kommunförbundet. Syftet med Generaldirektörsgruppen är att ge möjlighet till utbyte av information om aktuella planer och skapa förutsättningar för gemensamt agerande och samordning inom folkhälsoområdet.

Inom regeringen är det socialministern som i första hand svarar för övergripande folkhälsofrågor. För att utveckla och säkerställa samordning av folkhälsopolitiken beslutade regeringen i december år 1995 att tillsätta en statsrådsgrupp bestående av social-, utbildnings-, arbetsmarknads-, civil-, invandrar- och socialförsäkringsministrarna samt med socialministern som ordförande. Av olika skäl har denna statsrådsgrupp inte etablerats utan regeringen har valt att arbeta med frågorna på andra sätt. Regeringen har t.ex. varit pådrivande inom EU när det gäller att få till stånd ett reklamförbud avseende tobak. Regeringen har vidare tillkallat en särskild ledningsgrupp för samordning av arbetet med den nationella handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande arbete. Arbetet i ledningsgruppen leds av socialministern. Utöver detta bör nämnas att ett stort antal kommittéer för närvarande arbetar med frågor som är centrala i ett folkhälsoperspektiv.

Kommitténs syfte med att uppmärksamma folkhälsofrågornas samordning på den nationella nivån är att en sådan samordning kan vara viktig både från kvalitets- och effektivitetssynpunkt. Kommitténs inriktning är därför att belysa samordningsfrågan från den utgångspunkten och att särskilt ta fasta på de behov av samordning som redovisas av myndigheterna.

8.7.3 Organisationernas roll

Ett stort antal frivilliga organisationer har spelat och spelar en viktig roll inte minst i det lokala folkhälsoarbetet. Den folkrörelseförankring som nykterhetsrörelsen är uppbyggd kring och som miljörelsen har etablerat saknas dock fortfarande inom stora delar av dagens folkhälsoarbete.

En allt vanligare form för att utveckla och stimulera folkhälsoarbetet inom olika områden är professionella nätverk. Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, som har utvecklats med stöd av bl.a. Svenska kommunförbundet, har varit betydelsefullt för det utvecklingsarbete inom kommunerna som har redovisats tidigare i avsnittet. Svensk förening för folkhälsoarbete fungerar också som ett nätverk. Andra viktiga nätverk inriktar sig mot vissa arenor, t.ex. skolan, sjukvården och bostadsorten, eller riskfaktorer som tobak eller sjukdomar som allergier och skador. Flera av nätverken hämtar inspiration från och har kontakter med internationella nätverk.

Enligt kommitténs mening är organisationernas och nätverkens erfarenheter, kunskap och engagemang en viktig förutsättning för att få till stånd den rörelse, utveckling och förankring av folkhälsofrågorna som behövs för att allmänt förbättra hälsan och för att hälso-skillnaderna i befolkningen långsiktigt skall minska. Kommitténs uppfattning är att organisationernas roll i folkhälsoarbetet både skall stärkas och utvecklas. Mot bakgrund av detta har kommittén tagit initiativ till ett ömsesidigt utbyte med organisationerna genom hearingar och seminarier. På initiativ av kommittén har ett stort antal organisationer bildat s.k. skuggrupper med avsikt att följa kommitténs arbete.

8.7.4 Modeller för hälsokonsekvensbedömningar

Betydelsen av hälsokonsekvensbedömningar (HKB) framhålls redan i regeringens proposition 1990/91:175 om vissa folkhälsofrågor. Där anges att HKB behövs för att säkerställa att hälsoaspekter finns med innan beslut tas på olika områden. Frågan om HKB återkommer i regeringens skrivelse 1993/94:247, Investera i hälsa – Prioritera för hälsa. Där anges att en av Folkhälsoinstitutets viktigaste uppgifter är att ge den egna verksamheten en vetenskaplig förankring och utveckla metoder för folkhälsoarbetet. I detta ingår att utarbeta modeller för HKB och att omsätta forskningsresultat i praktisk verksamhet. Folkhälsoinstitutet har som ett led i detta arbete i samarbete med Karolinska institutet tagit fram ett underlag för att bedöma häl-

soeffekterna av olika förändringar i riskpanoramata. Dessa analyser har även gjorts i ett europeiskt perspektiv som underlag för EU:s arbete med HKB. Inom Folkhälsoinstitutet har dessutom HKB utarbetats vad avser t.ex. EU:s jordbrukspolitik samt effekter av en 18-årsgräns för tobaksinköp.

Förutom inom Folkhälsoinstitutet pågår arbete med att bygga upp metoder för HKB inom Socialstyrelsen, landstingen samt landsting och kommuner genom samverkan mellan Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets folkhälsoprogram. I landstingsverksamheten har ett första försök redovisats av Landstinget i Uppsala län. Materialet bygger i stor omfattning på arbete med HKB i British Columbia i Canada.

Det nämnda Folkhälsoprogrammets arbete med HKB har enligt en nyligen redovisad promemoria varit inriktat på att inventera vad som har gjorts inom området. Det fortsatta arbetet föreslås omfatta att utveckla verktyg för HKB och att stimulera till arbete med HKB i landsting och kommuner. För att utveckla verktyg för HKB skall hälsan och hälsans bestämningsfaktorer samt den politiska beslutsprocessen i landsting och kommuner studeras och analyseras. Ett tiotal referensgrupper på olika håll i landet kommer att arbeta fram underlag, inkl. definiera de frågor som kan anses relevanta att ställa vid politiska beslut för att förbättra hälsan. För att få en vetenskaplig grund för arbetet har samverkan etablerats med avdelningen för socialmedicin vid Karolinska institutet i Stockholm. Parallellt med HKB-arbetet utvecklas ett projekt om s.k. välfärdsbokslut med Svenska kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet som huvudmän. Samverkan med detta projekt avses ske kontinuerligt. Det på så sätt erhållna verktyget för HKB skall enligt planerna diskuteras och testas inom Folkhälsoprogrammet under år 1997 och färdigställas under år 1998.

Kommittén avser att följa det arbete som Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet tillsammans med Folkhälsoinstitutet har initierat beträffande HKB och s.k. välfärdsbokslut. Förhoppningen från kommitténs sida är att HKB skall kunna användas integrerat i det vardagliga folkhälsoarbetet på alla nivåer. Instrumenten bör vara tvärspektoriella till sin karaktär så att samma verktygslåda kan användas oavsett inom vilken arena den tillämpas. Metoderna bör bl.a. fånga upp aspekter som gäller främjande av hälsa. Frågor i det sammanhanget kan vara; ökar eller minskar ojämlikheten i hälsa, ökar eller minskar förutsättningarna för delaktighet och möjlighet att påverka, ökar eller minskar möjligheten att se sammanhang, ökar eller minskar förutsättningarna för bra relationer och gemenskap.

De modeller som utarbetas med bas i den praktiska verksamheten behöver sannolikt belysas från teoretiska utgångspunkter genom forskningsinsatser. Även fristående modellarbete kan behöva utföras. Innan det går att få tillförlitliga hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut behövs bl.a. en kunskapsgrund enligt följande.

- Kunskap behövs om hur en given åtgärd påverkar förekomsten av sjukdomsorsaker och sårbarhet hos olika befolkningsgrupper.
- En användbar modell behövs för att urskilja och kvantifiera effekter av samspelet mellan individens sociala position, deras sårbarhet, det sociala sammanhang de lever i och de specifika sjukdomsorsaker de utsätts för och som påverkar sjukdomsriskerna i olika befolkningsgrupper.
- Metoder behövs för att väga samman sjuklighet, funktionsnedsättning och dödlighet för olika sjukdomar och skador för att därmed bedöma hur sjukdomsbördan förändras.
- Metoder behövs för att väga samman förändrad nivå på sjukdomsbördan med förändrad fördelning av sjukdomsbördan mellan grupper i befolkningen.
- Ett bättre underlag behövs för att bedöma hur de aktuella åtgärderna påverkar inte bara risken att bli sjuk utan även konsekvenserna för levnadsnivån av att vara sjuk.

Mot den bakgrunden finner kommittén att forskningsinsatser bör ske inom detta område. Enligt kommitténs mening bör regeringen uppdra åt Socialvetenskapliga forskningsrådet att, eventuellt i samverkan med andra forskningsfinansiärer, medverka till att det tas fram ett vetenskapligt underlag avseende modeller för HKB.

8.7.5 Kunskap om yrkesuppgifter för forskning

Sverige har under en lång tid haft unika förutsättningar att producera god medicinsk, socialepidemiologisk och samhällsvetenskaplig forskning som bygger på möjligheten att sambearbeta olika typer av hälsoregister (t.ex. cancerregister, hjärtinfarktregister) och personregister/exponeringsregister (t.ex. yrkesuppgifter i folk- och bostadsräkningar). Genom sådana sambearbetningar har t.ex. vissa yrkesgrupper med särskilt hög förekomst av olika typer av tumörer eller hjärtinfarkter kunnat identifieras.

Yrkesuppgifter har funnits tillgängliga vart femte år under perioden 1960–1990 genom integrerade folk- och bostadsräkningar. Sedan år 1990 finns ingen uppgift om yrke generellt tillgänglig inom

den offentliga statistiken. Detta förhållande kan jämföras med att uppgifter om utbildning inhämtas och registreras årligen.

I riksdagsbehandlingen år 1995 om genomförande av en registerbaserad folk- och bostadsräkning vid sekelskiftet ingår inte någon diskussion om yrkesregister. Regeringen har uppdragit åt Statistiska centralbyrån (SCB) att utreda förutsättningarna för ett yrkesregister. SCB har redovisat uppdraget under januari 1998.

Enligt SCB:s förslag till nytt yrkesregister bör målpopulationen utgöras av alla förvärvsarbetande i åldern 16–64. Registret bör vidare vara årligt, så heltäckande som möjligt, inte baseras på urval samt omfatta både anställda och egna företagare. Yrkesuppgifter för anställda bör enligt förslaget i första hand hämtas från den officiella lönestatistiken och kompletterande uppgifter om anställda och företagare hämtas från olika SCB-register. Yrkesuppgifter som är svårtillgängliga är i första hand sådana som avser små företag som inte är anknutna till lönestatistiken. SCB förordar att yrkesuppgifter från dessa företag inhämtas via enkätundersökningar.

Under ett uppbyggnadsskede förutsätter SCB att registret blir mindre detaljerat vad gäller yrken, men att detaljeringsgraden bör kunna förbättras på sikt. Målet är att registrets kvalitet skall motsvara en traditionell Folk- och bostadsräkning. Registret förutsätts inte innefatta koder enligt äldre yrkesindelning resp. gällande socioekonomiska indelning. Sverige bör enligt SCB utarbeta en ny social gruppering som kan härledas ur yrkesregistret och andra hjälprester.

Kommittén tar inte ställning till det redovisade förslagets tekniska aspekter men vill särskilt betona att uppgifter om yrkestillhörighet och utbildningsbakgrund ger en komprimerad information om människors sociala och arbetsmässiga situation som är ett oundgängligt underlag för analyser av sjukdomars sociala etiologi. Det är av det skälet viktigt att, utöver uppgifter om utbildning som redan finns tillgängliga, arbetet med att ta fram yrkesuppgifter har framgång. Kommittén anser därtill att yrkesuppgifterna bör ha en sådan kvalitet att de kan användas för sambearbetning med hälsodata inom epidemiologisk och yrkesmedicinsk forskning.

Kommittén vill understryka ett antal kvalitetsaspekter i fråga om yrkesuppgifter. Det är enligt kommitténs mening viktigt att den forskning som följer hälsoutvecklingen i olika sociala grupper över tid kan upprätthållas och att en eventuell förändring av yrkesklassificeringen och socialgruppsindelningen tar hänsyn till detta behov. Det är vidare viktigt att metoderna för insamling av data kan garantera en god kvalitet på yrkesuppgifterna. Det är även viktigt att epi-

demiologisk och yrkesmedicinsk forskning får tillgång till den detaljeringsnivå på yrkesuppgifterna som behövs för forskningen.

Om kvaliteten på yrkesuppgifterna inte motsvarar de krav som ställs inom nämnda forskning kan användbarheten av hälsoregistren, inkl. olika vårdregister, och de underlag som behövs för medicinsk och folkhälsovetenskaplig forskning försämrats avsevärt. Vidare minskar möjligheten att utveckla strategier och insatser på lokal, regional och nationell nivå för att förbättra hälsans villkor för socialt utsatta grupper. Detta är naturligtvis allvarligt med tanke på regeringens och riksdagens vid flera tillfällen uttalade ambition att minska skillnaderna i ohälsa mellan socioekonomiska grupper.

En del av kommitténs uppdrag är att lämna förslag om hur nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet skall följas upp och utvärderas. Uppföljning och utvärdering förutsätter enligt kommitténs mening att uppgifterna om ohälsans sociala fördelning i befolkningen är tillförlitliga. Även mot den bakgrunden är tillgången till goda uppgifter om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i befolkningen mycket viktig.

Till följd av att frågan om yrkesuppgifter dels är synnerligen viktig ur forskningens och det praktiska folkhälsoarbetets synvinkel, dels brådskar har kommittén redovisat sin uppfattning till regeringen även i en särskild skrivelse.

9 Hälsopolitiska mål och strategier – några exempel som underlag för en idédebatt

Vår bedömning: Med främsta syfte att ge underlag för en konkret och livaktig debatt lyfts ett antal områden fram, som kommittén preliminärt bedömer kommer att spela en central roll i formuleringen av nationella folkhälsomål och strategier. Att områdena lyfts fram skall inte uppfattas som att kommittén redan nu tar ställning när det gäller frågor om prioriteringar av olika risk- och friskfaktorer, sjukdomar och målgrupper etc. Kommitténs val av områden omfattar i hög grad viktiga risk- och friskfaktorer. En sådan fokusering är en naturlig utgångspunkt vid formuleringen av mål och strategier inom folkhälsoområdet. Många risk- och friskfaktorer spelar viktiga roller för uppkomsten av stora folksjukdomar. Om sådana riskfaktorer kan minskas resp. friskfaktorer förstärkas innebär det att flera olika sjukdomar samtidigt kan förebyggas eller fördröjas.

Välfärds- och samhällsutvecklingen i stort är av grundläggande betydelse för hälsoutvecklingen och hälsans fördelning i befolkningen. Mot den bakgrunden avser kommittén att fortlöpande under arbetet med nationella folkhälsomål ägna uppmärksamhet åt de faktorer i den allmänna samhällsutvecklingen som är av strategisk betydelse för att uppnå en god och jämlikare hälsa.

De områden som kommittén valt att lyfta fram är följande:

- ohälsosam stress
- sociala nätverk
- tobak och alkohol
- mat
- fysisk aktivitet
- psykisk ohälsa
- allergier
- skador
- arbetsplatsen
- boendet och närmiljön
- hälsopolitiska jämlikhetsstrategier

- folkhälsoinsatser för barn och ungdomar
- folkhälsoinsatser för äldre

Syftet med detta kapitel är att ge underlag och stimulera till en idédebatt om vilka områden kommittén bör prioritera i det fortsatta arbetet. Kapitlet kan också ses som en konkretisering av de olika perspektiv som redovisats i avsnitt 8.5.

Mot den bakgrunden redovisas i det följande översiktligt ett antal områden – risk- och friskfaktorer, sjukdomar, målgrupper och arenor – som kommittén nu bedömer kommer att spela en central roll i formuleringen av nationella folkhälsomål och strategier. Inom ett område – tobaken – har kommittén dock valt att redan nu föra en relativt konkret diskussion när det gäller synsätt och övergripande mål för en nationell handlingsplan. Det skall understrykas att det främsta syftet med att lyfta fram områdena i fråga är att ge underlag för en konkret och livaktig debatt och att innehållet i kapitlet därför inte skall uppfattas som att kommittén redan nu tar ställning i en diskussion om prioriteringar.

Redovisningen i det följande omfattar i hög grad viktiga risk- och friskfaktorer för hälsan. En sådan fokusering är en naturlig utgångspunkt vid formuleringen av mål och strategier för folkhälsoarbetet. Många risk- och friskfaktorer spelar viktiga roller för uppkomsten av stora folksjukdomar. Om sådana riskfaktorer kan minskas resp. friskfaktorer förstärkas innebär det att flera olika sjukdomar samtidigt kan förebyggas eller fördröjas.

Inledningsvis skall också påpekas att frågor som gäller välfärds- och samhällsutvecklingen i stort självfallet är av grundläggande betydelse för hälsoutvecklingen och utgör de ramar och strukturer som påverkar individens förutsättningar för ett hälsosamt liv. Kommittén har i avsnitt 8.1 under rubriken Hälsopolitikens möjligheter och begränsningar behandlat sambandet mellan samhällsutveckling och utveckling av hälsan. Vi har därvid framhållit vikten av att hälsoeffekter som är relaterade till just samhälls- och miljöförändringar av olika slag identifieras och diskuteras. Mot denna bakgrund avser kommittén att förlöpande under arbetets gång ägna uppmärksamhet åt de olika faktorer i den allmänna välfärds- och samhällsutvecklingen som är av strategisk betydelse – både positivt och negativt – för att uppnå en god och jämlikare hälsoutveckling.

De fakta och utvecklingstendenser som redovisas i det följande är i huvudsak hämtade från 1997 års Folkhälsorapport samt från den svenska utvärderingen av Världshälsoorganisationens (WHO) hälsopo-

litiska strategi för Europa (Folkhälsoarbetets utveckling i Sverige, Ds 1997:62).

9.1 Ohälsosam stress

Stress är kroppens reaktion på olika typer av påfrestningar med dubbla förtecken. Den är en drivkraft för mänsklig utveckling och kreativitet å ena sidan. Å andra sidan kan stress framkalla ohälsa och medverka i uppkomsten av t.ex. ångest, depression, hjärt- och kärlsjukdomar samt rörelseorganens sjukdomar. Den ohälsosamma stressen framstår allt tydligare som en viktig riskfaktor i ett folkhälsoperspektiv. Andelen skolbarn som upplever oro och lättare psykiska problem ökar enligt Folkhälsoinstitutets undersökningar. En liknande ökning framkommer också bland vuxna i Statistiska centralbyråns s.k. ULF-undersökningar. Denna ökning är speciellt markant bland kvinnor i åldern 20–40 år.

Forskningen har också under den senaste 15-årsperioden allt tydligare visat hur den ohälsosamma arbetsmiljörelaterade stressen leder till ökad risk för bl.a. hjärt-kärlsjukdom och olika typer av belastningsskador. Det finns även starka skäl att uppmärksamma de samband som finns mellan arbetslöshet, relativ fattigdom och ohälsosam stress.

Kommittén kommer mot denna bakgrund att belysa kunskapsfronten när det gäller stress och ohälsa samt tydliggöra synsätt och åtgärder, framför allt i ett samhälls- och miljöperspektiv, som kan medverka till att minska den ohälsosamma stressen och dess negativa effekter på folkhälsan. Härvid kommer att beaktas de olika stressnivåer – och typer av stress – som präglar kvinnor resp. män med olika social- och yrkesbakgrund. Utifrån detta perspektiv kan belysas hur socialt utsatta grupper ofta lever på en konstant högre stressnivå än mer privilegierade grupper. Kunskap om dessa samband skapar nya förutsättningar att förstå – och därmed också påverka – orsaker till hälsans ojämlika fördelning.

Kommittén kommer vidare att speciellt uppmärksamma den arbetsplatsrelaterade stressens betydelse för hälsan och aktualisera åtgärder för att förebygga resp. påverka denna typ av riskfaktorer. En central utgångspunkt för kommitténs arbete på detta område är den kunskap som finns om betydelsen av att individen har möjlighet att kontrollera sin egen situation. Man brukar ofta i detta sammanhang utgå från en allmän modell för samspelet mellan omgivning och individ som innehåller tre huvudkomponenter nämligen stressorer (som kan framkalla olika reaktioner), individuellt program (som bestämmer vilken reaktion som uppkommer) och reaktioner (som kan bestå av beteendemässiga, psykologiska och fysiologiska effekter).

Utifrån detta synsätt har utvecklats en krav-kontrollmodell¹ som tydliggör att hög mental belastning är sjukdomsalstrande framför allt om det samtidigt föreligger ett lågt beslutsutrymme. Kombinationen av hög mental belastning och lågt beslutsutrymme kallas för spänt arbete medan hög belastning vid högt beslutsutrymme betecknas som aktivt arbete.

En rad studier internationellt och i Sverige visar att det finns ett starkt samband mellan spänt arbete och hjärtinfarkt. Studier utförda av Theorell m.fl. i Stockholm visar t.ex. att ju högre förekomst av spänt arbete och dåligt socialt stöd i arbetet desto snabbare ökade förekomsten av hjärt-kärlsjukdom med stigande ålder. I den grupp som i detta avseende hade en gynnsam arbetssituation kom ökningen av hjärtinfarkt med ålder ungefär åtta år senare än i den grupp som hade den mest ogynnsamma arbetssituationen.

I de flesta av de studier som gjorts inom detta område har bristen på kontrollmöjligheter framstått som den faktor som varit starkast relaterad till den ökade risken.

Viktiga områden som förbättrar individens kontrollmöjligheter är bl.a. ökad information om vad som händer och planeras på arbetsplatsen, ökade möjligheter att påverka den egna arbetssituationen liksom arbetets organisation i stort samt förbättrade möjligheter till kompetensutveckling.

Begreppet kontrollmöjligheter har också samband med det som brukar kallas kollektiv kontroll. Det innebär t.ex. att om människor på en arbetsplats eller i ett bostadsområde gemensamt kan öka sin vardagsmakt och därmed sitt inflytande kan detta få stor betydelse också ur ett folkhälsoperspektiv eftersom det bidrar till en förändring från en spänd till en aktiv situation.

Stress kan också öka spänningen i musklerna. Den ökade spänningen till följd av ohälsosam stress kan leda till smärta. En långvarig smärta kan förändra nervsystemets funktion och därför försvinner inte symptomen även om den belastning som orsakade muskelspänningen upphör.²

Kommittén kommer att speciellt belysa de samband som finns mellan socialgrupp och kontrollmöjligheter mot bakgrund av att nyare forskning visat att t.ex. de växande sociala skillnaderna vad avser hjärt-kärlsjukdom delvis kan förklaras av bristande kontrollmöjligheter i lägre socialgrupper.

¹ Karasek RA, Theorell T. *Healthy Work*. Basic Books. New York 1990.

² Hagberg M. Arbetsrelaterade skador i rörelseorganen. I: Järvholm B (red). *Arbetsliv och hälsa - en kartläggning*. Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning. Stockholm 1996.

Kommittén kommer även att utifrån den ohälsosamma stress som präglar många arbetslösa och långtidssjukas vardag ur ett folkhälso-perspektiv uppmärksamma betydelsen av medinflytande, engagemang, social integrering och meningsfull sysselsättning.

9.2 Sociala nätverk

Det sociala nätverket kan definieras som den informella och formella närmiljö som individen rör sig inom och som kan ge stöd och uppskattning i olika former. Det handlar t.ex. om känslomässigt stöd, kamratskap, information och hjälp att orientera sig i omvärlden, materiellt stöd och att väsentligt stärka förmågan att bemästra problem även i utsatta lägen.³ Individens integration i samhället i form av social förankring eller dess motsats i form av social isolering är av stor betydelse för hälsan. Skillnader i olika typer av sjuklighet, självmordsfrekvens och dödlighet generellt sett mellan personer med många resp. få sociala kontakter har i många studier tolkats i detta perspektiv. Det sociala nätverket behöver dock inte vara odelat positivt för individen. De positiva effekterna beror på nätverkets förmåga att tillföra individen olika typer av socialt stöd. Studier från USA, Finland och Sverige visar att de informella sociala nätverken dvs. mellanmänskliga kontakter har stor betydelse för både den totala dödligheten och hjärt-kärl dödligheten. Det formella sociala skydds nätet tycks inte kunna ersätta de mellanmänskliga relationerna. Särskilt betydelsefullt är det nätverk som familjen, vännerna och släkten utgör.

Olika studier visar att personer med höga krav från omgivningen, litet inflytande på sin arbetssituation och dessutom dåligt socialt stöd, har två till tre gånger ökad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. En populationsundersökning från Malmö⁴ visar att ensamboende män med dålig tillgång till emotionellt stöd och låg grad av socialt deltagande, hade mer än dubbelt så stor dödlighet som män som var samboende, hade bra emotionellt stöd och var tillfredsställda med sitt sociala deltagande. Det sociala nätverkets betydelse är stor även för uppkomsten av psykisk ohälsa. Ett starkt socialt nätverk kan aktivt bidra till att förhindra eller försvåra uppkomsten av psykisk ohälsa. Sociala nätverk kan i detta sammanhang betraktas som en skyddsfaktor av psykosocial

³ Folkhälsogruppen. *Hela folkets hälsa. En nationell strategi*. Rapport nr 8. Allmänna Förlaget. Stockholm 1991.

⁴ Hansson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. Akademisk avhandling. Studentlitteratur. Lund 1988.

natur som förstärker identitets- och självkänslan och därmed såväl den psykiska som den fysiska hälsan.

Utvecklingstendenser som enligt SCB:s analys av välfärdsutvecklingen riskerar att ge en ökning av andelen av befolkningen med svaga sociala relationer är bl.a. den höga arbetslösheten.

Kommittén kommer mot denna bakgrund att belysa det sociala nätverkets skyddande effekt på hälsan samt tydliggöra de negativa hälsokonsekvenserna av brist på socialt stöd.

Kommittén avser att särskilt belysa möjligheterna att utveckla förebyggande strategier i bostadsområden och på arbetsplatser med syfte att förstärka befolkningens sociala nätverk och därmed öka både det formella och informella sociala stödet. Kommittén kommer att rikta speciell uppmärksamhet mot arbetslösas situation varav många, enligt studier, har förlorat det sociala stöd som arbetsgemenskapen innebär. Föreningslivet och folkrörelserna kan spela en viktig roll när det gäller att utveckla sociala relationer. Kommittén avser att belysa föreningarnas och folkrörelsernas roll och möjligheter att, på olika nivåer, förstärka medborgarnas sociala nätverk.

9.3 Tobak och alkohol

Tobak, alkohol och andra droger utgör dominerande riskfaktorer i ett svenskt hälsopolitiskt perspektiv. I WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa som avser perioden år 1980 till år 2000 anges följande mål när det gäller bruket resp. missbruket av dessa produkter:

- att andelen rökfria i befolkningen skall uppgå till minst 80 procent och att de som inte röker skall skyddas från miljötobaksrök
- att alkoholkonsumtionen skall minska med 25 procent och särskild uppmärksamhet ägnas åt att minska det skadliga bruket
- att uppnå en stadigt fortsatt minskning av narkotika och andra droger inkl. ej avsedd användning av läkemedel

I den svenska utvärderingen av dessa mål konstateras goda framsteg när det gäller att minska bruket av tobak och därmed goda möjligheter att uppnå det angivna målet. Minskningen av rökvanorna är dock ojämnt fördelad mellan olika sociala grupper och under 1990-talet har rökningen bland ungdomar inte minskat utan det finns vissa tendenser till en ökning bland flickor.

Kommittén anser att det finns goda möjligheter att genom en medveten långsiktig tobakspolitik ytterligare minska bruket av tobak. Mot denna bakgrund avser kommittén att utarbeta en långsiktig nationell handlingsplan mot tobak med speciell fokus på barn och ungdom. Vi återkommer strax i denna fråga.

Det alkoholpolitiska målet om en 25-procentig minskning av alkoholkonsumtionen kommer däremot inte att uppnås. Den totala konsumtionen av alkohol tycks ligga kvar på oförändrad nivå.

I den nationella handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande insatser som lades fram år 1995 reviderades mot denna bakgrund målet till att alkoholkonsumtionen åtminstone inte skall öka. Samtidigt angavs riktlinjer för ökade insatser mot alkoholmissbruk i kommuner, bostadsområden, på arbetsplatser och i skolor.

Förutsättningarna för en svensk nationell alkoholpolitik påverkas av vårt medlemskap i EU. Utökad gränshandel och nya skattebestämmelser m.m. kan medföra att alkoholpriserna pressas neråt och tillgängligheten ökar. En omfattande alkoholpolitisk debatt har också förts – och förs fortfarande – om den framtida svenska alkoholpolitiken som inkluderar bl.a. ökad tillgänglighet genom lördagsöppet på Systembolaget och ett närmare samarbete med alkoholindustrin.

Kommittén bedömer mot denna bakgrund att den framtida svenska alkoholpolitiken givetvis kommer att spela en central roll i arbetet med nationella hälsomål. En viktig utgångspunkt och bas för detta arbete är 1995 års nationella handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser. Uppmärksamhet kommer därvid att ägnas bl.a. analyser och förslag som utgår ifrån de skillnader som finns mellan män och kvinnor med olika social- och yrkesbakgrund.

Missbruk av narkotika utgör ett allvarligt hälso- och socialt problem. Mot bakgrund av att missbruk av narkotika vanligtvis förekommer hos yngre människor, blir de negativa hälsoeffekterna i befolkningen betydande.

Tobak – några utgångspunkter för en nationell handlingsplan

Tobak är den enskilt största hälsorisken i västvärlden och ett av de allvarligaste hälsoproblem som ökar globalt. Nyare forskning visar att den individuella risken är mycket stor. Varannan rökare dör av sin rökning. Hälften av dessa, dvs. totalt var fjärde rökare, dör i åldern 35–69 år och förlorar i genomsnitt 20–25 år av sitt liv.

Dödsfallen inträffar främst till följd av rökrelaterad hjärt-kärlsjukdom och cancer, särskilt lungcancer. I medelåldern (45–64 år) är det

årliga dödstalet för cigarettökare, som rökt i många år, tre gånger högre än för den som aldrig rökt.

Många tobaksrelaterade sjukdomar ger långvarig sjuklighet och lidande utan att direkt leda till döden. Beräkningar av olika faktorer inverkan på den totala sjukdomsördan (DALY:s, se kap. 7), som gjorts av Folkhälsoinstitutet och Karolinska institutet på uppdrag av EU, visar att rökningen är den dominerande riskfaktorn

Tobaksbrukets hälsoskador är inte begränsade till enbart dem som röker. Miljötobaksrök, s.k. passiv rökning, ökar risken för både lungcancer och hjärt-kärlsjukdom.

En viktig ohälsfaktor i jämlikhets- och genusperspektiv

Rökningen har – som redovisats ovan – minskat avsevärt i Sverige under de senaste decennierna. Minskningen har dock varit mest uttalad i mer privilegierade grupper och minst bland mer utsatta grupper, t.ex. kvinnor med kort utbildning och låg inkomst och bland invandrare. Andelen dagligrökare är ungefär dubbelt så hög bland arbetare – såväl manliga som kvinnliga – som bland tjänstemän på mellannivå och högre. De socioekonomiska skillnaderna har minskat något bland män, medan skillnaderna bland kvinnor dels är större än bland män och dels har ökat något under de senaste åren. Lungcancer är också vanligare i lägre socioekonomiska grupper. Bruket av tobak blir därmed en allt viktigare förklaring till skillnaderna i hälsa.

I ett genusperspektiv kan konstateras att rökningen bland män började minska tidigare än bland kvinnor. Följaktligen minskar nu den rökningssjukligheten och dödligheten bland män. De storrökande årskullarna av kvinnor börjar först nu nå de åldrar då tobaksskadorna visar sig. Lungcancer bland män minskar för närvarande med någon procent per år. För kvinnor ligger därför rökningens kulmen ännu framför oss. Allt fler forskningsresultat talar också för att kvinnor är mer känsliga för tobakens skadeverkningar. Bland dem som i dag får lungcancer före 50 års ålder är kvinnorna i majoritet.

Tobaksbruket kan påverkas

Åtgärder mot rökning har visat sig vara kostnadseffektiva på flera olika sätt. Det handlar om insatser mot flera folksjukdomar samtidigt, främst mot cancer och hjärt-kärlsjukdomar men även mot t.ex. allergi och sjukdomar i rörelseorganen. Även små förändringar i rökvanorna ger

stora effekter. Om man t.ex. kan minska andelen rökdebutanter med endast fem procent, räddar detta på sikt 300 människoliv om året.

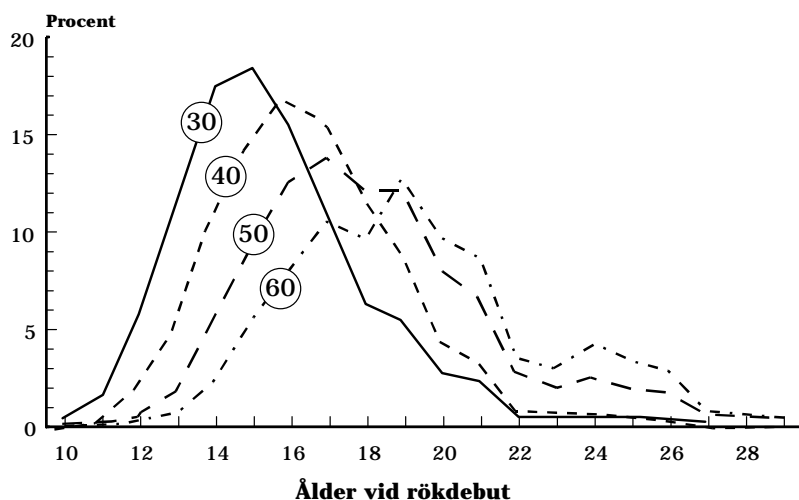
Ny kunskap orsakar förändrat synsätt

Till de nya kunskaper som kommit fram ur senare års forskning hör en fördjupad förståelse av nikotinberoendet. Det står nu klart att nikotin hos de flesta tobakskonsumenter skapar ett fysiologiskt beroende, kännetecknat av samma slags biologiska mekanismer som beroendet av t.ex. heroin och kokain. Beroendet kan uppkomma snabbt hos nya konsumenters⁵ och utgör den helt dominerande orsaken till att man fortsätter använda tobak och till de svårigheter som flertalet konsumenter upplever när de vill bryta sin vana.

Denna kunskap har föranlett att man internationellt omprövar synen på nikotin. I USA har redan den ansvariga myndigheten (Food and Drug Administration) klassificerat nikotin som en beroendeskapande drog i legal mening och utfärdat en rad regler för marknadsföringen.

Ytterligare en viktig aspekt är att rökdebuten sker i allt lägre åldrar (figur 9.1).

Figur 9.1 Debutåldern vid rökning hos 60-, 50-, 40- och 30-åriga kvinnor i Västerbotten. Västerbottensprojektets hälsoundersökning 1987–1994. Glidande treårsmedelvärden.



Källa: Mats Nilsson, Samhällsmedicin, Västerbottens Läns Landsting

⁵ McNeill AD, The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction* 1991;86:589-592.

Figuren illustrerar att debutåldern vid rökning successivt har sänkts vid en jämförelse av 60-, 50-, 40- och 30-åriga kvinnor. De flesta av dagens 60-åriga kvinnor började röka vid 18–20 årsåldern, medan de flesta av dagens 30-åriga kvinnor hade sin rökdebut redan vid 14–15 årsåldern.

Drogpolitiskt eller konsumentpolitiskt synsätt?

Hittills har samhället betraktat tobaksbruket ur ett huvudsakligen konsumentpolitiskt perspektiv. Bruket har främst setts som en konsumtionsvana bland andra och som en fråga om valfrihet. Därmed har också insatserna mot tobaksbruket varit av konsumentpolitisk natur. Det har handlat om att tillgodose konsumentens behov av information för att kunna göra ett välinformerat val genom t.ex. varningstexter på tobaksförpackningar och andra former av hälsoupplýsning samt restriktioner mot reklam.

Många har betraktat tobaksbruket som en alldaglig konsumtionsvana, avhängig av individens personliga val och en ren privatsak. Ett sådant synsätt lever fortfarande delvis kvar, t.ex. när hälsoinformation anses vara det enda slag av åtgärd som det är legitimt för samhället att vidta i syfte att minska bruket. De nya kunskaperna främst beträffande nikotinberoendets art har dock inneburit att tobaksfrågan allt oftare – inte minst i USA – diskuteras i ett drogpolitiskt perspektiv med fokus på åtgärder som påverkar såväl efterfrågan som tillgången på tobaksprodukter.

Vår framtida tobakspolitik

Kommittén avser att i sitt kommande förslag till folkhälsomål och strategier behandla tobaksproblematiken. En tänkbar långsiktig vision för denna plan kan vara ett rökfritt Sverige. Huvudstrategin för att nå detta mål är en 0-vision när det gäller bruk av tobak och snus bland barn och ungdomar, dvs. inga barn och ungdomar skall börja röka eller snusa. Dessutom krävs givetvis insatser för att minska tobaksbruket även bland vuxna.

Ett drog- snarare än ett konsumentpolitiskt synsätt torde vara en förutsättning för att successivt kunna förverkliga denna 0-vision. I detta perspektiv framstår inte hälsoupplýsning och vissa begränsningar i t.ex. marknadsföringen som tillräckliga.

Kommittén kommer därför att utifrån såväl ett nationellt som internationellt perspektiv aktualisera frågor, problem och möjligheter som gäller t.ex.

- * avveckling av EU:s omfattande subventioner till tobaksodling (ca 8 miljarder kronor per år)
- * förbud mot all marknadsföring av tobak
- * ökad reglering vad avser tobaksindustrin och tobaksförsäljningen
- * hälso- och sjukvårdens medverkan i det tobakspreventiva arbetet
- * kraftfullare åtgärder och övervakning av rökning i offentliga miljöer

En förutsättning för att omsätta en mer restriktiv tobakspolitik i praktiken är att den kan få demokratisk och folklig förankring. En viktig del av denna strategi är därför att stimulera en fortsatt förändring av den allmänna synen på nikotin och tobak.

En bred satsning torde vidare krävas för att förbättra den hälsopedagogiska utbildningen för läkare, sjuksköterskor, lärare, fritidsledare och andra nyckelgrupper när det gäller hälsouppllysning och för att skapa ökade förutsättningar för frivilliga organisationers engagemang i det tobakspreventiva arbetet.

Folkhälsoinstitutet har av regeringen fått i uppdrag att under 1998 utarbeta ett särskilt handlingsprogram för att minska bruket av tobak. Kommittén har för avsikt att samarbeta med Folkhälsoinstitutet i denna fråga.

9.4 Mat

Matvanornas betydelse för hälsan har under de senaste årtiondena blivit allt tydligare, t.ex. vad avser hjärt-kärlsjukdom, vissa cancersjukdomar och diabetes. Centrala problemområden ur ett folkhälsoperspektiv är en alltför hög konsumtion av mättat animaliskt fett och en alltför låg konsumtion av frukt och grönsaker. Framför allt gäller detta mindre privilegierade grupper.

Kunskapen om olika befolkningsgruppers matvanor är emellertid mycket ofullständig eftersom det inte i Sverige finns någon regelbunden nationell hälsoundersökning med denna inriktning.

Folkhälsoarbetet inom detta område har i hög grad inriktats mot olika typer av hälsouppllysning. Kommittén finner det angeläget att lyfta fram matfrågorna i ett långsiktigt perspektiv som omfattar både individ- och samhällsinriktade insatser. Detta kan ge nya möjligheter att utveckla en effektivare hälsopolitik på detta område som omfattar såväl EU:s jordbrukspolitik, livsmedelsindustrin, detaljhandel, skolluncher och maten inom vård och omsorg som hälsouppllysning till enskilda och grupper.

Ett annat skäl att uppmärksamma matens betydelse i ett folkhälsoperspektiv är att Sverige – i motsats till exempelvis Norge och Finland

– inte har någon tydlig hälsopolitisk strategi på detta område. Den nationella handlingsplan för nutrition som fastställdes av regeringen år 1995 är relativt allmänt hållen och saknar operationella mål och åtgärdsförslag. Det kan därför vara av särskilt intresse att – utifrån den allmänna referensram som handlingsplanen ger – stimulera till en bred diskussion om matvanor och hälsa. Viktiga frågor i en dylik strategidiskussion är bl.a.

- att utveckla hälsomål för jordbruks- och livsmedelspolitiken inte minst inom EU vars politik leder till kraftiga prishöjningar på frukt och grönsaker och stimulerar en konsumtion av feta snarare än magra mejeriprodukter
- att förbättra förutsättningarna för livsmedelsindustrin, storkök och detaljhandeln att i nära samverkan med organ för folkhälsofrågor och hälsoupplýsning öka utbudet och intensifiera marknadsföringen av hälsosam mat
- att arbeta för ökad information och utbildning i mat-hälsafrågor och dess nära anknytning till fysisk aktivitet – framför allt i skolan men också på arbetsplatser och för speciella riskgrupper
- att tydliggöra myndigheters ansvar när det gäller t.ex. skolbarns luncher och äldres måltider (t.ex. på sjukhem och i servicehus).

Vid utformningen av en framtida svensk nutritionspolitik kommer också att belysas hur man arbetar med dessa frågor t.ex. i Norge och Finland och vilka resultat som uppnåtts. Speciell uppmärksamhet kommer även att ägnas matvanor bland socialt och ekonomiskt mindre privilegierade grupper.

Kommittén avser även att lyfta fram den relativt kraftiga ökning som skett av andelen överviktiga speciellt bland kvinnor och män med arbetarbakgrund och aktualisera åtgärder som kan bidra till att minska detta växande folkhälsoproblem genom bättre matvanor och mer fysisk aktivitet.

9.5 Fysisk aktivitet

Den vetenskapliga dokumentationen visar allt tydligare värdet av fysisk aktivitet ur ett folkhälsoperspektiv. De sjukdomar som är relaterade till fysisk inaktivitet är t.ex. hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, högt blodtryck, fetma, benskörhet samt led- och ryggbesvär.

Utöver de primära hälsoeffekterna kan fysisk aktivitet genom motion och idrott – speciellt bland barn och ungdom – bidra till att minska andra riskfaktorer som bruk av tobak och alkohol samt förstärka frisk- och skyddsfaktorer som självkänsla och förmåga att hantera stress. Motion och andra former av fysisk aktivitet kan, liksom många andra fritidsaktiviteter som görs tillsammans med andra människor, vara av stor betydelse ur ett psykosocialt perspektiv genom att bryta isolering samt skapa och förstärka gemenskap.

Vid studier av fysisk aktivitet är det viktigt att ha en helhetssyn som omfattar olika typer av motion, fysisk aktivitet i yrkesarbete och andra former av fysisk aktivitet.

Både kvinnor och män ägnar sig i dag mer åt regelbunden motion än för 20 år sedan (se även kapitel 6). Samtidigt finns det mycket som tyder på att vi i dag, både i arbetslivet och i vardagslivet i övrigt, rör oss mindre och utsätts mindre för fysiska ansträngningar än tidigare. Olika studier visar att det är en betydligt större andel som motionerar bland dem som har lång än kort utbildning. Ungdomars idrottsutövande och föreningsmedlemskap är också tydligt relaterat till familjens socioekonomiska ställning. De sociala skillnaderna i motionsvanor återfinns bland både kvinnor och män.

Folkhälsoarbetet när det gäller fysisk aktivitet har i hög grad utgått från ett individperspektiv och i mycket begränsad utsträckning beaktat existerande sociala skillnader och de särskilda insatser – speciellt i ett samhällsperspektiv – som kan krävas för att även inom detta område kunna främja en god och jämlikare hälsoutveckling.

Det finns inte heller någon samlad nationell handlingsplan som anger mål och strategier för denna viktiga del av svensk folkhälsopolitik. Kommittén kommer därför att aktualisera vissa utgångspunkter och riktlinjer för samhällets hälsopolitik vad avser fysisk aktivitet. Den naturliga utgångspunkten är därvid ett hälsofrämjande perspektiv med stark betoning av de samband som ofta finns mellan inte "bara" fysisk aktivitet och hälsosamma levnadsvanor utan även den fysiska aktivitetens betydelse ur ett socialt perspektiv där den kan bidra till ökad gemenskap och integration inte minst bland ungdomar och äldre.

Kommittén avser att utgå från ett brett perspektiv på fysisk aktivitet och uppmärksamma möjligheterna att stimulera och stödja aktiviteter som kan engagera de grupper som i dag har den högsta andelen fysiskt inaktiva. De frivilliga organisationernas roll och ansvar kommer därvid att belysas liksom möjligheterna att inom skola, kultur och fritid samt andra kommunala verksamheter i ökad utsträckning beakta speciellt de mindre privilegierade gruppernas behov och intressen när det gäller olika former av vardagsnära fysisk aktivitet.

9.6 Psykisk ohälsa

Mellan 20 och 40 procent av den vuxna befolkningen uppger i intervjuundersökningar någon form av psykiska besvär som ängslan, oro ångest eller sömnbesvär. Dessa besvär ökar med stigande ålder, särskilt hos kvinnor. Bland barn och ungdomar uppger 15–40 procent olika psykosomatiska besvär som huvudvärk, ont i magen eller sömnproblem (se även kapitel 6).

En av de mest uppmärksammade resultaten i Folkhälsorapport 1997 om svenska folkets hälsoutveckling är den kraftiga ökningen av andelen personer som rapporterar psykisk ohälsa i form av besvär av ängslan, oro och ångest. Ökningen är tydlig för både kvinnor och män i alla åldersgrupper med undantag för de allra äldsta (74–84 år). Även sömnbesvär ökar generellt i befolkningen. De sociala skillnaderna har också blivit tydligare genom att psykisk ohälsa under de senaste åren har ökat mer bland arbetare än bland tjänstemän. Totalt sett är psykisk ohälsa vanligast hos kvinnor med arbetarbakgrund.

Psykisk sjukdom, dvs. sjukdom som uppfyller kraven på diagnoskriterier, förekommer självfallet mer sällan än psykisk ohälsa i vid bemärkelse. Omkring 1,5 procent av befolkningen har vid ett och samma tillfälle allvarliga psykiska störningar i form av psykoser, varav en tredjedel utgörs av sjukdomen schizofreni.

Självordsförsök och självmord kan betraktas som den yttersta konsekvensen av människors kriser, konflikter och depressioner. Många som avlider i självmord har någon form av psykisk störning. 30 procent av dessa lider av psykos. Alkoholmissbruk är vidare vanligt hos personer som begår självmord.

Socialstyrelsens prognos när det gäller den psykiska ohälsan är att den antagligen kommer att öka ytterligare i befolkningen. Faktorer som pekar på detta är arbetslöshet och risk för arbetslöshet som påverkar den psykiska hälsan hos både vuxna och deras barn. Många grupper av invandrare är särskilt utsatta för arbetslöshet och kan dessutom ha speciella problem på grund av svåra traumatiska upplevelser samt svårigheter som de möter i det svenska samhället. Socialstyrelsen pekar också på att stödet till barn och ungdomar minskar inom flera områden. Dessa faktorer kan vara av betydelse när det gäller förekomsten av psykisk ohälsa hos både barn och vuxna.

Mot bakgrund av den ökande psykiska ohälsan hos vuxna och barn samt de ökande sociala skillnaderna när det gäller psykisk ohälsa under 1990-talet, avser kommittén att särskilt uppmärksamma området och överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att bromsa den negativa utvecklingen. Detta arbete bör bl.a. utgå från en kunskapssammanställning av risk- och skyddsfaktorer för psykiskt välbefinnande samt en

genomgång och värdering av genomförda och pågående insatser på olika nivåer för att förebygga psykisk ohälsa och dess konsekvenser.

9.7 Allergier

Allergi är i dag ett mycket stort och växande problem i Sverige. Allt fler människor drabbas av allergier och allt fler familjer tvingas till förändringar i sin livssituation på ett så genomgripande sätt att de i vissa fall riskerar att bli socialt isolerade. De allergiska sjukdomarna har mycket växlande symptom beroende av vilket organsystem som drabbas. Besvärens svårighetsgrad varierar likaså. Även lättare allergier, t.ex. handeksem, kan innebära stora problem för de drabbade, särskilt i arbetslivet.

Den ökade förekomsten av allergier i västvärlden verkar hänga samman med en ökad levnadsstandard. I motsats till många andra sjukdomar är t.ex. hösnuva och atopisk eksem vanligare i högre socioekonomiska grupper⁶. Svår astma verkar emellertid vara vanligare i lägre socioekonomiska grupper både bland barn⁷ och vuxna⁸.

Förekomsten av allergier har mer än fördubblats under det senaste decenniet och drygt var tredje vuxen har utvecklat astma, allergisk snuva eller eksem. Astma ökar stadigt i befolkningen och förekommer hos 6–8 procent av befolkningen. Situationen är likartad i hela Väst-europa. Orsakerna bakom denna utveckling är inte kända. Särskilt oroande är allergisituationen bland barn och unga i Sverige. Fyra av tio skolbarn har utvecklat allergi vid åtta års ålder. Hos unga vuxna är det lika vanligt att vara allergisk som att inte vara det.

Även om det saknas kunskap om varför förekomsten av allergier ökar är en rad miljöfaktorer betydelse vetenskapligt klarlagda. Detta ökar möjligheterna att göra förebyggande insatser mot allergier. En del av t.ex. astma och/eller nedre luftvägskatarr hos små barn kan förklaras med faktorer i inomhusmiljön, föräldrarnas rökning, pälsdjur i hemmet och bristande ventilation i bostaden.

Individer med en ärftlig benägenhet att utveckla allergi är extra känsliga för faktorer i inomhusmiljön. Orsakerna till sjuka-husproblemen är många och vanligtvis samverkar flera olika faktorer. Även om

⁶ Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997;350:1884-9.

⁷ Mielck A, Reitmeir P, Wjst M. Severity of asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology* 1996;25:388-93.

⁸ Littlejohns P, Macdonald L. The relationship between severe asthma and social class. *Respir. Med.* 1993;87:139-143.

det är svårt att ange enskilda faktorerers betydelse för symptomutveckling kan några bakomliggande orsaker skönjas; förändrad byggteknik med många nya bygg- och inredningsmaterial i kombination med fukt och dålig ventilation.⁹ Utvärderingar av allergiförebyggande insatser är av strategisk betydelse för att klarlägga i vilken utsträckning olika miljöförändringar påverkar utvecklingen av olika typer av allergier.

Insatser för att förebygga allergi har utvecklats i allt fler kommuner och landsting. Det handlar i hög grad om att undanröja risker i inomhusmiljön men även om insatser relaterade till utomhusmiljön och för att förebygga kontakteksem och matrelaterade allergier.

De förändringar i livssituationen som ofta krävs för att undvika allergi kan ibland innebära en konflikt mellan individens frihet att göra som han eller hon önskar och hänsynstagandet till andras hälsa och välbefinnande. Det finns t.ex. en konflikt i det faktum att sällskapsdjur kan medföra risker för allergi samtidigt som de också kan vara hälsofrämjande.

Mycket återstår att göra speciellt vad avser förbättringar av barns miljöer i hem, förskolor och skolor. Den verklighet som träder fram är att barnens miljö ur allergisynpunkt ofta är sämre än de vuxnas.

I det förslag till nationellt handlingsprogram för att minska miljörelaterade hälsorisker som utarbetats av Miljöhälsoutredningen (SOU 1996:124) anges bl.a. mot denna bakgrund följande mål:

- * Luftföroreningarna i utomhusluften skall inte försämrats i jämförelse med dagens nivå
- * inomhusluften skall förbättras så att ingen skall bli sjuk eller få symptom till följd av brister i inomhusmiljön

Miljöhälsoutredningens betänkande Miljö för en hållbar hälsoutveckling bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Kommittén avser att uppmärksamma det allergipreventiva arbetet och därvid överväga insatser med följande inriktning.

- * Förebyggande insatser i primärvården speciellt när det gäller att minska risken för allergi bland små barn (0–2 år).
- * Insatser i förskolor och skolor med syfte att förebygga besvär hos barn som är allergiker men också för att motverka att barn utvecklar allergi.
- * Handlingsplaner mot allergi. Det allergipreventiva arbetet förutsätter insatser från kommuner, landsting, myndigheter,

⁹ Se även kapitel 5, avsnitt 5.1.1.1 om Inomhusmiljö och hälsa. SOU 1997:177. *Byggkvalitet för framtiden*. Slutbetänkande av Byggkvalitetsutredningen.

organisationer, näringsliv och enskilda individer. På kommunal nivå är det väsentligt att vidareutveckla de samverkansformer som finns och säkerställa att det t.ex. inom ramen för den samlade folkhälsoplaneringen finns handlingsplaner och mål för det allergipreventiva arbetet.

9.8 Skador

Det finns flera skäl att lyfta fram området skador i arbetet med nationella folkhälsomål. Dels utgör skador ett mycket stort folkhälsoproblem, dels finns det mycket kostnadseffektiva metoder och lång praktisk erfarenhet av att förebygga olika typer av skador. Området omfattar i modernt språkbruk både skador orsakade utan avsikt (olycksfall) och skador orsakade genom avsikt (våld). Numera räknas ofta även självtillfogade skador (själv mord och självmordsförsök) till området.

Det skadepreventiva arbetet kan beskrivas utifrån ett sjukdomsperspektiv med fokus på typ av skada. Skadorna ser emellertid ofta likadana ut vare sig de är orsakade med eller utan avsikt och kan ibland inte skiljas åt även om förloppet bakom skadan registrerats.

I det förebyggande arbetet är det viktigt att även uppmärksamma samhällsstrukturer faktorerens betydelse för skadeutvecklingen.

Det skadeförebyggande arbetet utgår ofta från ett arenaperspektiv med miljöinriktade och andra insatser i hem, skola, arbete, trafik och i fritidsmiljön etc. Inom ramen för detta arenaperspektiv har analyser i ett riskperspektiv erfarenhetsmässigt varit av stor betydelse för att utveckla effektiva skadepreventiva insatser. Det gäller t.ex. åtgärdsinriktade analyser inom arbetslivet eller i trafiken samt av barnolycksfall. Sverige kan här berömma sig av att ha den lägsta arbetsrelaterade skadedödligheten i industrivärlden och bland de absolut lägsta värdena när det gäller både trafikrelaterad skadedödlighet och allvarliga skador bland barn. Inom dessa områden har man aktivt och utifrån övergripande mål och strategier arbetat med skadeprevention på bred front. Skador inom hem och fritidssektorn – där skadeutvecklingen varit ofördelaktig under de senaste decennierna – dominerar nu skademönstret. På dessa områden har det skadepreventiva arbetet varit mer begränsat.

Kommittén avser att uppmärksamma den ökning som skett av andelen skadade till följd av våld och det starka samband som finns mellan alkoholkonsumtion och olika slags våld. Särskilt viktigt är att lyfta fram behovet av insatser för att minska misshandel och våld som drabbar unga män, kvinnor och barn.

I det fortsatta utvecklingsarbetet av metoder för att förebygga skador måste ökad uppmärksamhet ägnas åt insatser för att minska de sociala skillnaderna i risken att bli skadad. Under perioden 1981 till 1992 har t.ex. – vad avser män – skadedödligheten varit dubbelt så hög bland arbetare som bland tjänstemän.

Kommittén finner det av skäl som redovisats ovan väsentligt att utveckla och konkretisera nationella hälsopolitiska mål och strategier i det skadepreventiva arbetet. Självklart kommer de att i hög grad bygga på de mycket positiva erfarenheter som redan vunnits i det lokala folkhälsoarbetet liksom vid utformning och genomförande av 0-visionen avseende allvarigare trafikolyckor. Stor uppmärksamhet kommer att ägnas struktur- och miljöinriktade insatser som minskar skaderisken bland socialt och ekonomiskt mindre privilegierade grupper som i dag löper de största riskerna att drabbas av olika skador. Skadepreventiva insatser i hem- och fritidsmiljöer kommer att särskilt lyftas fram och då speciellt fallolyckor bland äldre som år 1995 utgjorde hälften av alla skador som krävde sjukhusvård.

Kommittén avser även att uppmärksamma behovet av en över hela landet adekvat registrering och rapportering av skador och dess orsaker från sjukhus och vårdcentraler.

9.9 Arbetsplatsen

1990-talets första hälft har inneburit påtagliga förändringar i det svenska arbetslivet både när det gäller arbetsmarknad och arbetsorganisation. Antalet sysselsatta inom t.ex. industri och byggnadsverksamhet samt inom vård, omsorg och skola har minskat under 1990-talet. När tillverkningsindustrin och byggnadsverksamheten minskar blir vissa hälsorisker i arbetet mindre vanliga. Neds kärningar inom t.ex. vården leder till att färre kvarvarande anställda får mer att göra med större fysiska och psykiska påfrestningar som följd (se även kapitel 6).

Den fysiska och psykosociala arbetsmiljön är av stor betydelse för hälsoutvecklingen för olika yrkesgrupper. Framsteg har också gjorts för att förebygga arbetsmiljörelaterade sjukdomar och skador. Allt färre arbetare utsätts för olika kemiska och fysikaliska riskfaktorer och antalet allvarliga arbetsrelaterade skador liksom skador med dödlig utgång har minskat kraftigt. Delvis beror detta på att det nu är färre anställda som exponeras för dessa riskfaktorer. Förändringar i arbetslivet innebär emellertid att nya riskfaktorer introduceras, t.ex. nya kemiska substanser och elektromagnetiska fält.

Framstegen är mindre när det gäller den ergonomiska och psykosociala arbetsmiljön. Många anställda är utsatta för den ohälsosamma

stress som orsakas av en kombination av höga psykiska krav och litet beslutsutrymme. De psykiska kraven har också skärpts inom många branscher och yrken, t.ex. inom omsorg, sjukvård och utbildning, samtidigt som förändringar på arbetsmarknaden med ökad risk för arbetslöshet också bidragit till oro och psykiska problem (se även avsnitt 9.1).

En speciellt utsatt grupp är kortutbildade kvinnor. De har vanligen små möjligheter att påverka sitt arbete och är utsatta för ensidigt arbete. De drabbas därför bl.a. av fler arbetsskador och sjukdomar i rörelseorganen. Under 1990-talet har det skett en ökning av sjukdomar i rörelseorganen. De ligger nu bakom nästan 60 procent av alla nybeviljade förtidspensioner bland kvinnor.

Det finns vidare skäl att uppmärksamma att arbetstakten och därmed risken för ohälsosam stress ökat. Arbetsinnehållet i många kvinnodominerade yrken, i synnerhet inom vård och omsorg, har under senare år genomgått förändringar som bidragit till en mindre gynnsam utveckling. Höga arbetskrav och bristfälliga möjligheter till egen kontroll ökar framför allt risken för hjärt-kärlsjukdomar men har även effekter på olika hälsorelaterade beteenden som exempelvis motion, rökning, matvanor och bruk av alkohol samt ökar risken för tablettberoende.

Det är samband som dessa som ofta står i fokus när arbetsplatsen blir arena för ett bredare folkhälsoarbete. Samtidigt är det dock viktigt att utifrån ett renodlat hälsofrämjande perspektiv söka utveckla arbetets positiva betydelse för livskvalitet och hälsa.

Det är mot denna bakgrund som ett synsätt nu växer fram där arbetsplatsen blir arena för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som omfattar såväl arbetsmiljörelaterade som andra faktorer av betydelse för olika yrkesgruppers hälsa och välbefinnande. Aktörerna är många i detta arbete. Förutom arbetsgivaren med sitt arbetsmiljöansvar finns de anställda och deras fackliga ombud. Företagshälsovården är en viktig resurs med sin kombinerade kompetens i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor samt inom hälso- och sjukvård.

Framgångsrika hälsofrämjande åtgärder bör utgå från arbetsplatser där åtgärder mot olämpliga arbetsmiljöer kan integreras med åtgärder mot andra belastande faktorer. Genom sådana åtgärder ökar möjligheterna att både förbättra hälsan totalt sett och att minska den ojämlika hälsan. De starka sambanden mellan arbetsmiljö och olika besvär visar även att åtgärderna skulle kunna innebära ekonomiska vinster på såväl organisations- som samhällsnivå.

Kommittén avser mot denna bakgrund att uppmärksamma möjligheterna att vidareutveckla arbetsplatsen som en arena för ett brett folkhälsoarbete som omfattar både arbetsmiljörelaterade hälsorisker och de anställdas livsvillkor och levnadsvanor i stort. En utgångspunkt för

detta arbete kommer att vara den verksamhet som bedrivs av bl.a. Arbetslivsinstitutet, Folkhälsoinstitutet och Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin för att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser generellt resp. med inriktning mot de stora grupper av ofta kortutbildade kvinnor som arbetar inom vård och omsorg. Detta är ett i många avseenden nytt arbetssätt som förenar mål och strategier från såväl arbetsmiljöområdet som från folkhälsoinsatser relaterade till livsvillkor och levnadsvanor.

9.10 Boendet och närmiljön

Faktorer som påverkar hälsan i boendet – såväl frisk- som riskfaktorer – kan sammanhånga med både sociala omständigheter och den fysiska miljön. De sociala levnadsvillkoren skiljer sig kraftigt åt mellan olika kommuner i landet och mellan kommundelar i en och samma kommun när det gäller bl.a. människors ekonomiska resurser och hälsotillstånd. I framför allt kommunernas s.k. miljonprogramområden är andelen personer med dålig hälsa och hög vårdkonsumtion betydligt högre än genomsnittligt för resp. kommun. Beroendet av socialbidrag är vidare högre än för genomsnittet. Det finns också en överrepresentation av invandrare, personer som är arbetslösa och personer som är mer eller mindre permanent utslagna. Andelen förtidspensionerade, ensamhåll och ensamstående kvinnor med barn är också hög.

De sociala hälsoriskerna utvecklas i segregationsprocessen som sådan men är också förknippade med levnadsvillkorens direkta effekter i bostadsområdena som t.ex. svaga sociala nätverk, anonymitet, ensamhet, otrygghet och bristande framtidstro. Hälsorisker förknippade med bristande sociala nätverk m.m. redovisas i avsnitt 9.2.

Kommittén avser att utifrån erfarenheter som vunnits med stödjande miljöer i bostadsområden aktualisera möjligheter att utveckla en god psykosocial miljö i boendet. Särskild uppmärksamhet kommer att ägnas åt förutsättningarna att, bl.a. genom olika frivilliga organisationer och informella grupper, främja sociala nätverk som främst innefattar socialt utsatta och isolerade grupper. Därvid kommer även att beaktas möjligheterna att anknyta detta arbete till det stöd som utgår från stat och kommuner för olika former av förnyelsearbete i bl.a. storstädernas socialt utsatta och segregerade förortsområden.

Kommittén avser att anlägga ett långsiktigt perspektiv som utgår från de boendes, myndigheters och frivilliga organisationers vardag snarare än specifika försöksprojekt eller kampanjer.

Miljöhälsorisker

Hälsorisker som gäller fysiska miljöer är inte på samma sätt som gäller för sociala riskfaktorer förknippade med bostadsområdets olika attraktivitet. Här redovisas kortfattat med material från bl.a. Miljöhälsoutredningens betänkande (SOU 1996:124) några hälsorisker som gäller innesp. utemiljön i bostadsområden.

Innemiljöns betydelse för hälsan har uppmärksammats alltmer under senare år. Radon, fukt och mögel, tobaksrök, husdammskvalster m.m. är riskfaktorer för cancer, allergi och annan överkänslighet. Föräldrars rökning, fukt- och mögel, pälsdjur i hemmet och bristande ventilation i bostaden innebär risker för astma och luftvägssjukdomar hos små barn. Irritation i ögon, näsa och hals samt en känsla av torrhet i hud och slemhinnor, hudrodnad, hudutslag och trötthetskänsla drabbar personer som bor i s.k. sjuka hus. Höga halter av radon i bostäder och lokaler bedöms som en stor hälsorisk i innemiljön, särskilt för personer som röker.

I utemiljön i tätorter är vägtrafiken den största källan till luftföroreningar och medför irritation eller sjukdomar i luftvägarna för astmatiker, barn, äldre och personer med sjukdomar i andningsorganen. Buller från framför allt vägtrafiken, men även störande grannar i innemiljön, är också ett problem som kan skapa stress och sömnrubbingar. Bristande tillgång till grönområden för rekreation anses påverka människors psykiska välbefinnande negativt.

Kommittén avser att belysa förutsättningarna för en god livsmiljö i bostadsområdena beträffande innemiljö, luftföroreningar, buller, grönområden och rekreationsområden. I detta ingår att klargöra hur nämnda faktorer bevakas i planeringsprocesser som gäller ny- och ombyggnad av bostäder och närmiljöer inkl. vägar. Vidare ingår att utifrån erfarenheter som vunnits i samband med Agenda 21-arbete i kommuner, kommundelar och bostadsområden redovisa möjligheter att utveckla ett lokalt engagemang för en god och hälsosam livsmiljö. Särskild uppmärksamhet kommer därvid att ägnas åt de boendes och de frivilliga organisationernas roll i arbetet för miljön.

9.11 Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier

I direktiven till den Nationella folkhälsokommittén betonas att de förslag till mål och strategier som kommittén utarbetar skall vara vägledande för hur man kan främja en god och jämlikare hälsoutveckling. Detta bör ske dels inom ramen för olika typer av hälsopolitiska mål, dels i ett mer samlat generellt hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv.

Skäl för att under en samlad rubrik lyfta fram behovet av hälsopolitiska jämlikhetsstrategier vid utformningen av morgondagens svenska hälsopolitik är bl.a. att detta möjliggör en mer samlad beskrivning av de ofta strukturella förändringar som krävs för att främja en god och jämlikare hälsoutveckling. Det typiska för de grupper i vårt samhälle som har en mindre gynnsam hälsoutveckling än övriga i samma ålder är att de har många riskfaktorer samtidigt. Det är den samlade livssituationen – inte en eller två specifika riskfaktorer – som gör att arbetare och deras barn i dagens Sverige löper en 25 till 50 procent högre risk att drabbas av ohälsa än tjänstemän och deras barn.¹⁰ Denna överrisk uppskattas till 25 till 50 procent beroende på typ av sjukdom eller skada. Detta fordrar en analys utifrån dessa gruppers samlade livsvillkor.

Det är också i detta perspektiv de bästa förutsättningarna finns att på ett övergripande plan analysera och ange riktlinjer för avvägningen mellan generella och selektiva insatser för olika riskgrupper. En viktig del av en hälsopolitisk jämlikhetsstrategi är även att utveckla behovsbaserade generella insatser. Det kan exempelvis gälla fördelning av medel till olika geografiska områden där hänsyn tas till resp. områdes sociala struktur. Detta ger – inom en given total resursram – ökade möjligheter att i socialt utsatta områden avsätta mer tid och resurser inom t.ex. mödra- och barnhälsovården, förskolan och skolan för att hjälpa, stödja och stimulera barn med särskilda problem.

En samlad hälsopolitisk jämlikhetsstrategi ger också de bästa förutsättningarna att analysera problem och utvecklingsmöjligheter när det gäller att beskriva och följa hälso- och riskutvecklingen för barn, kvinnor och män med olika social bakgrund. Inom ramen för en sådan strategi är det också naturligt att utveckla former och metoder för hälso-konsekvensbedömningar av t.ex. ekonomiska och sociala förändringar (t.ex. arbetslöshet, inkomstskillnader och förändringar i välfärdssystemen). Sist men inte minst finns i vissa fall goda skäl att utforma särskilda hälsopolitiska strategier som utgår från vissa gruppers speciella livsvillkor och behov, t.ex. kroniskt sjuka, vissa invandrargrupper samt hemlösa och andra socialt utsatta grupper.

Mot denna bakgrund och med hänsyn till kommittens uppdrag att särskilt beakta möjligheterna att förbättra hälsans villkor för utsatta grupper avser kommittén att lyfta fram idéer såväl övergripande som i vissa fall grupp-specifika hälsopolitiska jämlikhetsstrategier.

¹⁰ Östberg V. *Social Structure and Children's Life Chances*. Akademisk avhandling. Institutet för social forskning. Stockholm 1996.

9.12 Barn och ungdomar

Kommittén avser att belysa folkhälsostategier ur ett barn- och ungdomsperspektiv. Ett starkt skäl för detta är de första levnadsårens mycket stora betydelse för den fysiska och psykiska hälsan också i ett längre livsperspektiv. Det är vidare naturligt att lyfta fram barn- och ungdomsperspektivet i arbetet med nationella hälsomål med tanke på den långa tradition som finns i vårt land när det gäller en samlad syn på barns och ungdomars hälsa. På nationell nivå finns dock ännu inte några uttalade hälsomål och samlade strategier med fokus på barn och ungdomar.

Behovet av att lyfta fram detta område har ökat under senare år genom att hälsoutvecklingen för barn och ungdomar – och då i synnerhet när det gäller barn och ungdomar från socialt utsatta familjer – har präglats av ett antal orosmoln. Andelen skolbarn med psykiska problem och med allergier har ökat. I många familjer har föräldrar drabbats av arbetslöshet vilket på olika sätt kan ha medverkat till att barnen utsatts för påfrestningar. Användningen av tobak ökar hos flickor. Vidare ökar den andel ungdomar som prövat narkotika. Det dominerande hälsoproblemet för barn och ungdom utgörs dock fortfarande av skador.

De sociala skillnaderna i ohälsa bland barn och ungdomar är alltfjämt markanta. Det är mot den bakgrunden viktigt att inom ramen för en generell folkhälsostategi ägna särskild uppmärksamhet åt hälsans villkor bland barn och ungdomar i socialt eller på annat sätt särskilt utsatta miljöer och situationer.

Viktiga delar i en barn- och ungdomsstrategi är bl.a. mödra- och barnhälsovården i dess roll att stärka och utveckla föräldraskapet och att under graviditeten motverka t.ex. rökning och alkoholbruk. Förskolan, med dess inriktning på kvalitetskrav och tillgänglighet oberoende av social bakgrund och livssituation, spelar självfallet också en viktig roll i sammanhanget. Detsamma gäller givetvis skolan med dess särskilda möjligheter att medverka till en god och jämlikare hälsa (se nedan). Fritids- och kulturverksamheten är också centrala områden med dess möjligheter att främja hälsa och skapa förutsättningar för gemenskap och delaktighet.

Skolans roll

Skolan har av tradition en viktig roll när det gäller att främja hälsa bland barn och ungdomar. Den tydligaste delen av den moderna skolans folkhälsoarbete är hälsoundervisningen kring alkohol, narkotika, tobak och sex- och samlevnadsfrågor. Ett problem ur folkhälsosyn-

punkt är dock att själva hälsoundervisningen – hur bra den än är – utgör en ytterst liten del av skolans vardag och att den involverar allt för få vuxna i skolan. Det kan t.o.m. vara så att andra delar av skolans verksamhet och miljö motverkar hälsoundervisningens budskap. En pedagogik som innebär att eleverna inte upplever meningsfullhet i skolarbetet och som de inte kan påverka, en fysisk miljö som signalerar att de som finns i skolan inte är värda att satsa på, skolmat som inte är god och näringsriktig, stress, konflikter och mobbning – allt detta är förhållanden som motverkar hälsan i stället för att utveckla en hälsofrämjande jordmån.

Skolor med en uttalad inriktning att förbättra förutsättningarna för en god hälsa har under senare år utvecklats under beteckningen hälsofrämjande skolor. Idéerna har vuxit fram parallellt bl.a. i Kanada och Europa. I Sverige har allt fler skolor på olika sätt lyft fram hälsofrågorna i skolans vardag och i undervisningen. Detta – i kombination med skolans stora potentiella betydelse i ett folkhälsoperspektiv – är kommitténs främsta skäl för att särskilt lyfta fram skolan som en arena för folkhälsoarbete och vidareutveckla idén om hälsofrämjande skolor.

Utgångspunkten för en hälsostrategi med skolan som arena bör vara att det är eleverna som tillsammans med lärare, föräldrar och andra resurspersoner drar upp riktlinjerna för arbetet och för vilka områden som skall prioriteras. Viktiga frågor i sammanhanget är bl.a. att utveckla arbetsformer som ökar elevernas inflytande och självkänsla, som främjar ett gott kamratskap och som skapar förutsättningar för föräldrainflytande och föräldramedverkan. Den fysiska och psykosociala arbetsmiljön i skolan är självfallet av grundläggande betydelse. Andra viktiga delar handlar om att med utgångspunkt i elevernas egna intresseområden och frågor utveckla en god hälsoundervisning, att säkra bra skolluncher samt idrott och lek som främjar glädje och gemenskap. Skolhälsovården liksom övrig elevvård är ytterligare viktiga verksamheter i sammanhanget.

Ett hälsofrämjande arbete i skolan förutsätter insatser på både nationell och lokal nivå. I den nationella läroplanen och de nationella kursplanerna anges vissa övergripande mål för skolans folkhälsoarbete. Det är kommunens uppgift att i den kommunala skolplanen lägga fast lokalt anpassade mål och strategier för att få till stånd ett hälsofrämjande arbete. På motsvarande sätt måste de enskilda skolorna i sina reguljära verksamhetsplaner lägga grunden till ett hälsofrämjande arbetssätt. Det finns skäl att på både nationell och lokal nivå tydliggöra behovet av resurser och kompetens när det gäller insatser för barn med behov av särskilt stöd, t.ex. barn med läs- och skrivsvårigheter.

En grundläggande utgångspunkt för kommitténs syn på skolan som arena för folkhälsoarbete är insikten att de barn som inte mår bra inte

heller lär bra. En hälsofrämjande skola är därför ett gott stöd för att uppnå skolans kunskapsmål.

9.13 Äldre

Ålderspensionärerna i Sverige – cirka 1,6 miljoner människor – är i likhet med resten av befolkningen en heterogen grupp med avseende på hälsa, ekonomiska resurser och kulturell bakgrund. Äldregruppens livssituation och hälsa är generellt sett god. Det stora flertalet behåller hälsan högt upp i åren. Flertalet äldre klarar sig också utan särskilda vård- och omsorgsinsatser. Med stigande ålder tilltar dock ålderskrämporna och olika demenssjukdomar blir allt vanligare.

Hälsosituationens förändring med stigande ålder kan exemplifieras med att andelen äldre som har långvarig sjukdom med svåra besvär eller drabbas av olycksfallsskador ökar från drygt 20 procent i åldern 65–69 till nästan 40 procent i åldern 80–84 år. Rörelseförmågan och den kraft som behövs för att lyfta, gripa och vrida avtar vidare med åren. Kvinnor får tidigt problem i dessa avseenden. Nästan var fjärde kvinna har problem i 65–74 års ålder och vid 85 års ålder och däröver har problemet ökat nästan trefaldigt. Kroppens behov av rörelse kvarstår genom åren. För att behålla rörelseförmågan snarare ökar än avtar kroppens behov av kontinuerlig fysisk aktivitet. Med stigande ålder blir energibehovet lägre, vilket leder till att kravet på matens sammansättning ökar då en mindre mängd mat skall tillgodose i stort sett samma näringsbehov. Näringsproblem hos äldre som bor i särskilda boendeformer har uppmärksammats under senare tid.

Dagens yngre äldre (65–74 år) är psykiskt och fysiskt vitalare än jämnåriga för ett par årtionden sedan. Mycket tyder på att de äldre som är aktiva och har olika intressen, t.ex. intresse av att läsa och delta i kurser, bibehåller sina funktioner bättre än fysiskt och psykiskt inaktiva personer. Kommande generationer pensionärer har längre utbildning, fler har ATP, fler av kvinnorna har förvärvsarbetat, fler kommer att vara bosatta i tätorter. På vilket sätt detta kommer att påverka deras liv som pensionärer är svårt att säga men man kan anta att de kommer att kunna leva ett ganska friskt liv jämfört med tidigare generationer.

Enligt kommitténs mening är insatser som bidrar till att bevara eller stärka hälsan hos äldre människor och som ökar förutsättningarna för äldre att leva ett självständigt liv med god livskvalitet en viktig uppgift för folkhälsoarbetet. Övergången från ett yrkesaktivt liv till pensionärstillvaron bör belysas med avseende på detta. Vidare bör äldres sociala nätverk och de frivilliga organisationernas roll uppmärksammas. Även förhållanden som berör äldre människors trygghet i vard-

gen bör belysas. Social isolering bland äldre bör uppmärksammas särskilt.

Regeringen har givit Folkhälsoinstitutet i uppdrag att ta fram underlag som redovisar nationella och internationella erfarenheter av vilka möjligheter som finns att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande bland äldre människor och bedöma möjliga effekter för individ och samhälle av olika insatser. Utifrån denna redovisning och mot bakgrund av de bedömningar som har redovisats ovan avser kommittén att formulera nationella mål för folkhälsoarbete riktat till äldre och att belysa folkhälsostrategier från ett äldreperspektiv.

10 Vårt fortsatta arbete

r enng : Kommittén vill lägga stor kraft på att fortlöpande förankra olika förslag. Arbetet med nationella hälsomål och strategier skall bedrivas stegvis. Varje steg skall diskuteras och förankras innan nästa steg i processen mot hälsomålen tas. Under våren år 1999 planerar kommittén att lägga fram förslag till preliminära mål och strategier. Under våren år 2000 skall de slutliga förslagen föreligga. Kommittén skall arbeta utåtriktat och i en bred dialog med berörda. Här är t.ex. debattskrifter, skuggrupper och hearingar viktiga instrument.

Vi har i kapitel 8 diskuterat några utgångspunkter och principer för vårt fortsatta arbete med nationella folkhälsomål och strategier. I detta kapitel skall vi försöka ge en bild av hur vi rent konkret kommer att arbeta och hur den samlade utredningstiden för Nationella folkhälso-kommittén skall disponeras.

Som redan framhållits flera gånger betonas i våra direktiv vikten av att Nationella folkhälsokommittén arbetar både utåtriktat och processinriktat. Ambitionen är att involvera och engagera många olika berörda organ i vårt arbete. Detta gäller t.ex. myndigheter, kommuner och landsting, organisationer som verkar inom folkhälsoområdet samt forskningen. En angelägen del av vårt uppdrag är att successivt förankra olika delar av det kommande måldokumentet. En viktig förutsättning för att ett sådant processinriktat arbete skall bli framgångsrikt är att alla dem som berörs av målarbetet har en någorlunda klar bild över hur arbetet skall bedrivas och när olika saker skall ske. Det är mot den bakgrunden angeläget att vi här redovisar en plan för vårt fortsatta arbete. Vår plan har som utgångspunkt att arbetet i Nationella folkhälso-kommittén skall avslutas under våren år 2000. Då skall våra slutliga förslag och bedömningar när det gäller nationella folkhälsomål och strategier föreligga. Naturligtvis är planen på detta stadium ytterst preliminär. Med all säkerhet kommer den att under arbetets gång få revideras i flera avseenden.

10.1 Arbetet skall ske i tre steg

I enlighet med våra direktiv kommer vi att lägga ner stor kraft på att försöka åstadkomma en så stark förankring som möjligt av det som så småningom skall utgöra ett samlat nationellt mål- och strategidokumentet för folkhälsopolitiken. Ett sätt att uppnå detta är att dokumentet utarbetas i steg och att det skall ges reella förutsättningar att ingående pröva, diskutera och förankra varje steg innan nästa steg i processen mot nationella hälsomål tas. Vår ambition är att arbeta på ett sådant sätt. I korthet och starkt schematiskt uttryckt tror vi att det kan ske på följande sätt.

Steg ett i vårt arbete är detta s.k. inriktningsbetänkande. Syftet med betänkandet är att ange en allmän inriktning eller ram för det fortsatta arbetet och att redovisa några utgångspunkter och principer som vi bedömer skall vara vägledande i formulerandet av nationella hälsomål och strategier. Kommittén avser att i egen regi skicka ut betänkandet på en bred remiss. De synpunkter vi får in i remissomgången kommer självfallet att utgöra ett viktigt underlag inför det fortsatta arbetet.

Steg två i processen är att i ett särskilt betänkande redovisa kommitténs preliminära bedömningar och förslag om nationella hälsomål och strategier. Innan vi är mogna att åstadkomma ett sådant dokument fordras naturligtvis ett omfattande och fördjupat analysarbete i en rad avseenden. Bl.a. krävs ett omfattande och systematiskt arbete när det gäller att få underlag för vilka faktorer – sjukdomar, hälsorisker, skyddsmekanismer och målgrupper etc. – som skall prioriteras och utgöra grundstenarna i nationella hälsomål. En annan viktig del som kräver ett fördjupat arbete är att skissa på strategier och instrument som fordras för att målen skall kunna realiseras. Även här behövs ett utvecklat kunskapsunderlag. Vi räknar med att en betydande del av detta fördjupade analysarbete skall kunna ske i ett antal arbetsgrupper som knyts till kommittén.

Som påpekats tidigare har kommittén nyligen inlett arbetet med en kartläggning av folkhälsoarbetet i den offentliga sektorn. Skälen för detta är dels att vi tror att det finns ett allmänt behov av en samlad beskrivning av den offentliga sektorns folkhälsoarbete, dels att en sådan översikt är nödvändig för kommitténs arbete med att utforma strategier och instrument för det framtida folkhälsoarbetet. Avsikten är att detta arbete skall slutföras under hösten år 1998 och redovisas i ett särskilt kartläggningsbetänkande.

Kommittén planerar vidare att påbörja arbetet med en fördjupningsstudie avseende kommunernas och landstingens folkhälsoarbete. Avsikten är här att, i förhållande till redan befintliga studier inom

området, få en uppdaterad och vidgad information om kommunernas och landstingens folkhälsoarbete.

Kommittén gör bedömningen att ett betänkande med preliminära förslag om nationella hälsomål och strategier bör kunna presenteras under våren år 1999. Vår avsikt är att även detta betänkande med preliminära hälsomål och strategier skall bli föremål för en bred remissbehandling. Därigenom kan vi få direkta synpunkter inför de slutliga ställningstagandena i kommittén. Ett annat sätt att åstadkomma en bred diskussion och skapa förutsättningar för förankring är att kommittén anordnar ett antal regionala konferenser kring de preliminära förslagen om hälsomål och strategier. Sådana regionala konferenser skulle, med den nyss angivna tidsplanen, kunna genomföras under senvåren och hösten år 1999.

Det tredje och sista steget i kommitténs arbete är att redovisa de samlade förslagen och bedömningarna om nationella folkhälsomål och strategier. Vi räknar med att detta skall ske i kommitténs slutbetänkande som, om gällande tidsplan skall hålla, måste avlämnas under våren år 2000. Det blir därefter en fråga för regeringen att bedöma hur det fortsatta arbetet skall bedrivas.

10.2 Det utåtriktade arbetet

En stor del av kommitténs arbete under våren och hösten år 1997 har haft formen av utåtriktade aktiviteter, där syftet varit att involvera och engagera så många som möjligt i arbetet med nationella hälsomål. Detta har skett på flera olika sätt.

Kommittén har beslutat att fortlöpande utarbeta och publicera särskilda debattskrifter som belyser olika ämnesområden av stor betydelse för folkhälsan. Syftet med skrifterna är att stimulera till en bred och livaktig debatt inom folkhälsoområdet. I skrifterna medverkar ett antal kunniga och engagerade författare som redovisar sin uppfattning inom ett visst aktuellt område. I november 1997 publicerades kommitténs fyra första debattskrifter. Dessa hade följande rubriker:

- Arv & miljö – Hur påverkas folkhälsan?
- Tillitsbristsjukdomar – Myt eller verklighet?
- Svensk alkoholpolitik – Värmotiverad eller förlegad?
- Tobaken – Folkhälsans största fiende?

Kommittén avser att fortsätta arbetet med att publicera debattskrifter även under åren 1998 och 1999. Under år 1998 planeras utgivning av skrifter som bl.a. skall uppmärksamma följande områden;

folkhälsoinsatser med inriktning på äldre, psykisk hälsa/ohälsa samt klass- och könsskillnader i hälsan.

Kommittén planerar vidare att genom hearingar, "rundabordssamtal" eller liknande sammankomster belysa olika områden som är väsentliga för folkhälsan. Inriktningen här är att engagera främst organisationer och liknande i arbetet med nationella hälsomål. Genom hearingarna ges organisationer och föreningar möjligheter att inför kommittén utveckla sin syn i en specifik hälsofråga. I en del fall kan det vara lämpligt att även företrädare för myndigheter, kommuner och landsting samt forskningen inbjuds att delta. Hearingarna kommer att genomföras framförallt under år 1998. Vi räknar då med att bl.a. belysa områden som psykisk ohälsa, barns och ungdomars hälsa, tobak, alkohol-/drogfrågor, invandrades hälsa, kvinnors hälsa, kost/motion, folkhälsoinsatser med inriktning på personer med funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom samt arbetsmiljörelaterad ohälsa.

Vi har också ambitionen att genom seminarier eller liknande arrangemang, gärna anordnade i samarbete med andra intressenter, belysa viktiga folkhälsofrågor. Sådana konferenser har nyligen genomförts kring ämnesområdena psykosociala risker i arbetslivet samt om folkhälsoarbete med inriktning på äldre. I det kommande arbetet räknar vi med att andra områden skall belysas på detta sätt.

Vi anser att det är angeläget att organisationer, föreningar och liknande, men även verksamheter som på mer professionell basis verkar inom folkhälsoområdet, ges möjligheter att fortlöpande följa och påverka arbetet i Nationella folkhälsokommittén. Mot den bakgrunden tillskrev kommittén under hösten år 1997 drygt 300 organisationer och föreningar, och aktualiserade frågan om att bilda skuggutredningar eller skugggrupper till Nationella folkhälsokommittén. Syftet var att skapa förutsättningar för ett mer systematiskt och samordnat påverkansarbete gentemot kommittén. För att underlätta arbetet i skugggrupperna har kommittén beslutat att ställa material, som utarbetas inom kommittén och som har karaktären av bakgrunds- eller faktamaterial, till gruppernas förfogande. Gensvaret på vår skrivelse till organisationerna har varit mycket positivt. Under hösten har skugggrupper eller liknande bildats inom en rad områden; inom tobak- resp. alkoholområdet, för kostfrågor samt sex- och samlevnad. Även kvinnoorganisationer, pensionärsorganisationer, handikapporganisationer och invandrarorganisationer har bildat skugggrupper för att följa kommittéarbetet. Det är angeläget att det successivt kan utvecklas ändamålsenliga former för kontakter mellan skugggrupperna och kommittén.

Kommittédirektiv

Nationella folkhälsomål

Dir 1995:158

Beslut vid regeringssammanträde den 14 december 1995.

Sammanfattning av uppdraget

En parlamentarisk kommitté tillkallas med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Kommittén skall med utgångspunkt i det övergripande målet en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen, och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling

- redovisa och analysera de erfarenheter som finns vad gäller mål för hälsoutvecklingen internationellt och på nationell, regional och lokal nivå,
- analysera och värdera de hälsoproblem som för närvarande finns och som väntas få stor betydelse för hälsoutvecklingen framöver,
- bedöma möjligheterna att med olika insatser minska dessa hälsoproblem,
- väga kostnaden mot nyttan av att genomföra målen,
- analysera eventuella målkonflikter,
- med utgångspunkt i dessa analyser skall kommittén lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka av dessa som skall prioriteras,
- lämna förslag till strategier för att nå målen,

- särskilt beakta hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess kan stimuleras bland medborgarna och inom berörda samhällssektorer,
- lämna förslag till hur målen kan följas upp och utvärderas.

Bakgrund

Allmänt sett har hälsan utvecklats positivt i Sverige. Befolkningen har blivit friskare och lever längre. Mer kunskap om folksjukdomars orsaker och utbredning, ökad medvetenhet om samhällsförhållandenas och levnadsvanornas betydelse för hälsan, en allt bättre hälso- och sjukvård och ett intensifierat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har varit och är förutsättningar för successivt förbättrad folkhälsa. Även om vi nått långt är ytterligare förbättringar i hälsan önskvärda och möjliga att nå.

Det finns fortfarande allvarliga sjukdomar och skador som är möjliga att förebygga. Socialstyrelsens folkhälsorapport från år 1994 visar bl.a. att det finns stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper, geografiska områden och mellan könen. Strukturellt betingade livsvillkor som exempelvis försämrad ekonomi, arbetslöshet, miljöföroreningar, krympande offentliga välfärdssystem i kombination med levnadsvanor, exempelvis kost-, tobaks- och alkoholvanor, kan vara några av förklaringarna till att skillnaderna i ohälsa ökar.

Sociala strukturer i form av lagstiftning, ekonomiska resurser, normer och traditioner inom olika samhällssektorer (t.ex arbetsmiljö, utbildning, boende, trafik, jordbruk, fritid och kultur, socialtjänst, hälso- och sjukvård) påverkar förekomsten av hälsorisker. Att hälsan påverkas av samhällsförhållanden i stort är ett viktigt motiv för hälsopolitiskt motiverade initiativ inom flertalet samhällssektorer på nationell, regional och inte minst lokal nivå.

Statsmakterna har ett ansvar för att skapa gynnsamma förutsättningar för hela befolkningen att leva ett hälsosamt liv, oavsett social bakgrund. Insatser för att skapa goda villkor för hälsa skall ses i ett långsiktigt perspektiv. Många av de beslut som fattas i dag påverkar både vår och kommande generationers hälsa.

Insatser för att främja en god hälsa kan därför ses som en investering för framtiden, en investering som ger utdelning på flera sätt. För individen genom att år med hälsa och livskvalitet läggs till livet, för samhället genom att en befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välstånd, exempelvis genom ökad tillväxt, minskad sjukfrånvaro och minskad utslagning från arbetslivet.

Förutsättningarna är goda för att ta fram och förverkliga nationella folkhälsomål. I Sverige har det sedan länge pågått en utveckling mot ett ökat intresse och bredare synsätt vad gäller folkhälsofrågor. Allt fler kommuner och landsting har bildat särskilda folkhälsoråd för att stimulera, samordna och följa upp det lokala folkhälsoarbetet inom olika sektorer och geografiska områden. Många landsting avsätter resurser för samhällsmedicinska enheter och tar fram regionala folkhälso rapporter. På nationell nivå arbetar ett flertal myndigheter med folkhälso relaterade frågor. Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen m.fl. myndigheter har stor betydelse för att främja, följa upp och utvärdera folkhälsoarbetet. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet har också på olika sätt ökat sitt engagemang och utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet. Forskning kring folkhälsofrågor finansieras bl.a vid landets universitet och högskolor och genom forskningsråden. På regeringsnivå bildas en statsrådsgrupp för folkhälsofrågor.

Även den svenska miljöpolitiken (luftutsläpp, kemikalier m.m.) är i betydande grad inriktad mot att undanröja hälsorisker.

På såväl nationell som lokal nivå är folkrörelsernas verksamhet av stor betydelse för folkhälsan.

Världshälsoorganisationen (WHO) spelar en stor roll för utvecklingen av hälsomål i olika länder. WHO:s Europaregion antog år 1984 en samlad hälsostrategi med 38 mål som i hög grad blivit en förebild för många länders arbete med nationella hälsomål. Med det övergripande målet Hälsa för alla år 2000 betonas behovet av att utjämna skillnader i hälsa mellan könen, sociala grupper och geografiska regioner. Världsbankens rapport Investera i hälsa från år 1993 har visat på nya möjligheter att bearbeta och analysera det faktaunderlag som ligger till grund för en prioritering av olika hälsomål.

Inom Europeiska unionen (EU) har folkhälsofrågorna fått en högre prioritering med stöd av artikel 129 i Maastrichtfördraget. Artikel 129 stadgar bl.a att hälsoskyddskrav skall ingå som ett led i gemenskapens övriga politikområden.

Till vägledning för det svenska arbetet med nationella hälsomål finns, utöver WHO:s hälsa för alla år 2000, flera internationella förebilder bl.a i Storbritannien och USA.

Tillvägagångssättet och resultaten av arbetet med att ta fram nationella hälsomål i USA och Storbritannien skiljer sig åt. Båda tillvägagångssätten har sina förtjänster. I USA mobiliserades en stor mängd experter och företrädare för forskningen, näringslivet och myndigheterna för att ta fram en heltäckande bild av folkhälsoläget i USA. Det stora kunskapsunderlag som togs fram utmynnade dock inte i

någon prövning och värdering av vilka områden som skulle prioriteras. En styrka med arbetet i Storbritannien har varit att målen även blivit föremål för en politisk värdering och prioritering på övergripande nivå.

Inslag i både det engelska och amerikanska tillvägagångssättet samt erfarenheter från arbete med hälsomål i andra länder bör kunna tas till vara i det svenska målarbetet.

Motiv för nationella folkhälsomål

Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan. Under senare år har begreppet "investera i hälsa" börjat användas för att beteckna samhällets åtgärder. Att investera i hälsa är en fråga om att prioritera. Oavsett de ekonomiska förhållandena bör politiker och andra beslutsfattare ges möjlighet att välja de insatser som med tillgängliga resurser ger de bästa effekterna i ett folkhälsoperspektiv. Syftet med målarbetet är därför främst att ange vilka problem som är mest angelägna att lösa och vilka strategier som förutses vara de mest effektiva.

I dagsläget finns mycket kunskap om olika folkhälsoproblem och om olika åtgärder för att lösa dem. Komplexiteten och folkhälsoarbetets tvärsektoriella karaktär ställer emellertid krav på överblick och integration av kunskap från flera olika kunskapsområden och vetenskapliga discipliner. På nationell nivå finns Socialstyrelsens folkhälsorapporter som ger en överblick över hälsoläget i Sverige. Folkhälsoinstitutet och andra berörda myndigheter arbetar med att, utifrån bla. folkhälsorapporterna, övergripande politiska prioriteringar och egna analyser, ta fram underlag för olika typer av hälsopolitiska strategier och insatser. Arbetet med att ta fram nationella folkhälsomål innebär att den kunskap som finns om hälsoläget, hälsoutvecklingen och de bakomliggande orsakerna kan nyttiggöras och utvecklas ytterligare. Inte minst talar internationella förebilder för att det går att komma längre vad gäller möjligheten att med nya epidemiologiska mått jämföra bördan på befolkningen av olika hälsoproblem och att förutse den framtida utvecklingen. Ett exempe på detta är den holländska så kallade "Preventmodellen".

Att ta fram ett måldokument är angeläget i sig men minst lika viktig är processen som leder dit och som fortsätter efter det att måldokumentet tagits fram. Målen skall tjäna som stöd och inspiration på nationell, regional och lokal nivå. Måldokumentet skall vara en av utgångspunkterna i ett offensivt och multisektoriellt folkhälsoarbete på alla nivåer.

Nationella folkhälsomål behövs för att särskilt uppmärksamma och minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, etniska grupper, geografiska områden och mellan könen. Ett arbete med nationella mål för hälsan bör belysa hälsans betydelse för samhällsutvecklingen och hur hälsan påverkas av samhällets villkor. Kunskapen bör kunna omsättas i olika initiativ på nationell, regional och lokal nivå.

Uppdraget

Kommitténs uppdrag är att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet.

Utgångspunkten i kommitténs arbete bör vara den tillgängliga kunskapen om folkhälsoproblem och hälsoutvecklingen som finns inom olika vetenskapliga discipliner. Varje mål skall grundas på ett vetenskapligt underlag som dels belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet, dels redovisar, så långt möjligt, vilka ekonomiska, sociala och andra konsekvenser målen skulle få om de uppfylldes respektive inte uppfylldes.

Beslut och förutsättningar inom flertalet samhällssektorer, inklusive medborgarnas möjligheter att aktivt delta, påverkar folkhälsan. Av detta följer att kommittén bör sträva efter en bred ansats där alla samhällssektorer vilkas verksamhet är av väsentlig betydelse för folkhälsan beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål.

Som ett underlag till målformuleringsarbetet skall kommittén även redogöra för och analysera vilken genomslagskraft redan existerande mål för hälsan haft på nationell, regional och lokal nivå. Detta innefattar bl.a en översiktlig genomgång av arbetet med att ta fram hälsomål regionalt och lokalt, en uppföljning av de svenska ställningstaganden som gjorts med anledning av WHO:s mål hälsa för alla år 2000 och en uppföljning av Folkhälsogruppens riktlinjer och strategiprojekt samt de mål som satts upp i samband med 1991 års folkhälsoproposition. Även andra mål för hälsan, exempelvis inom alkoholområdet, bör analyseras med avseende på vilken betydelse de haft för folkhälsan.

Kommittén skall som en del av sitt underlag redovisa en systematisk genomgång av möjliga mål som kan ha betydelse för uppfyllandet av de övergripande målen att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. I kommitténs slutförslag skall ett mindre antal

särskilt prioriterade mål presenteras tillsammans med de motiv som ligger bakom prioriteringarna.

Målen skall primärt underlätta beslut på strategisk nivå. Det betyder att hälsomålen skall ange inriktning och peka ut angelägna områden för insatser snarare än att ange snävt avgränsade och i detalj utformade operativa insatser med fastställd budget och tidsplan.

I anslutning till de föreslagna målen skall kommittén lämna förslag till strategier för att nå dem. Liksom vad beträffar målens inriktning bör även strategierna vara mer övergripande än operativa. Utgångspunkten för förslagen till mål och strategier är att dessa skall kunna genomföras utan att ytterligare belasta samhällsekonomin. Med detta avses att förslagen till mål och strategier bör, där så är möjligt med hänsyn till de kunskaper som finns om kostnader och effekter av olika folkhälsoinsatser, grundas på en samhällsekonomisk analys som visar att samhällsekonomin som helhet inte förlorar på förslagen när kostnaderna vägs mot nyttan av att genomföra målen och strategierna. I förekommande fall skall även förslagens ekonomiska effekter för staten, näringslivet, landstingen respektive kommunerna redovisas separat för respektive sektor. Kommittén skall även analysera kostnaden respektive nyttan av alternativa strategier för att nå samma mål.

Kommittén skall, i samband med förslagen, även föra ett resonemang om möjligheterna att fastställa sambanden mellan en folkhälsoinsats och dess effekter på lång sikt. Därvid är det av vikt att även analysera hur olika bedömningar av en folkhälsoinsats kostnad och nytta på kort respektive lång sikt påverkar samhällets och individens benägenhet att investera i folkhälsoinsatsen.

För varje mål skall olika möjliga tidshorisonter för när målet kan uppnås diskuteras. För att kunna göra en avvägning mellan olika insatsområden behöver eventuella målkonflikter analyseras. Målkonflikter kan t.ex upp-komma då man värderar motiven för ett mål ur olika perspektiv, t.ex ur hela befolkningens, olika utsatta grupper eller den enskilde medborgarens synvinkel.

Kommittén skall dokumentera och redovisa arbetsmetoden som använts för att ta fram de nationella hälsomålen. I detta ingår att göra en genomgång av förutsättningarna för att utveckla hälsomål. Med detta avses en begreppsanalys där begrepp som mål, hälsa, risk m.m. definieras. Vidare krävs en diskussion av de metoder som används av kommittén för att bl.a. mäta hälsoutveckling, sjukdomsbörda och dödlighet. I den mån kommittén använder sig av modeller för att prognosticera den framtida hälsoutvecklingen skall dessa också beskrivas. Dokumentationen av arbetsmetoden för att ta fram mål skall kunna vara vägledande för hur en successiv förnyelse av de nationella

målen bör ske och för det fortsatta arbetet med att ta fram regionala och lokala hälsomål.

De nationella hälsomål som tas fram skall vara uppföljningsbara och gå att revidera med jämna mellanrum allteftersom folkhälsoutvecklingen, kunskapsläget och insatserna för folkhälsan ändras. Kommittén skall redogöra för hur målen skall förverkligas, följas upp och revideras. Häri ingår frågan om vilka instanser som skall ha ansvaret för att målen följs upp.

En erfarenhet som gjorts vad gäller andra länders hälsomål är att det i vissa fall saknas tillräcklig koppling mellan målen och de möjligheter som finns att genomföra dem i form av policybeslut, åtgärder, resurser, intresse m.m. Kommittén skall därför ägna särskild uppmärksamhet åt hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess som leder från mål till handling kan stimuleras bland medborgarna och inom alla berörda samhällssektorer.

Kommittén skall beakta att folkhälsan i allt större utsträckning påverkas av förhållanden utanför vårt lands gränser. Olika miljörelaterade hälsorisker (t.ex. luftföroreningar), handeln med droger och spridningen av smittsamma sjukdomar som hiv/aids, tbc, difteri är några exempel på problemområden som visar på behovet av att kommittén även uppmärksammar internationella förhållanden som kan ha betydelse för vår hälsa.

Det är angeläget att kommittén tillvaratar erfarenheter från regionalt och lokalt arbete med att ta fram mål för hälsan. Kommittén skall vidare beakta de internationella erfarenheter, exempelvis från Finland, Norge, Storbritannien, Canada, Irland, USA, Australien och Nya Zeeland, som finns vad gäller framtagandet av hälsomål. Kommittén bör också ta del av den ansats och de metoder som använts av WHO och Världsbanken i rapporten *Investera i hälsa från år 1993*.

Kommittén skall samråda med Miljöhälsoutredningen (S 1995:68) i de delar som gäller formulering av mål. Kommittén skall vidare beakta de resultat som Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (S 1992:04) kommer fram till vad gäller definitionen av folkhälsoarbetet och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommun. Kommittén skall fortlöpande samråda med statsrådsgruppen för folkhälsa.

Utredningen skall sträva efter att ha en så bred samverkan som möjligt med aktörer inom stat, landsting, kommun, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I denna samverkan ingår att fortlöpande pröva olika förslag till nationella hälsomål i en bred dialog med berörda instanser.

För kommitténs arbete gäller kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden

(dir. 1994:23), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall bedrivas så att det är slutfört i sin helhet den 31 december 1998.

(Socialdepartementet)

Tilläggsdirektiv till Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14)

Dir 1997:89

Beslut vid regeringssammanträde den 26 juni 1997.

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) får i uppdrag att följa Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med att revidera sina hälsopolitiska mål och strategier. Nationella folkhälsokommittén skall lämna synpunkter på utformningen av dessa till Socialdepartementet och, efter det att mål och strategier har antagits av WHO:s medlemsländer, bidra till att det sprids kännedom om i första hand den europeiska Hälsa-för-alla-strategin till aktörerna inom berörda samhällssektorer.

Bakgrund

WHO har fattat beslut om att revidera sin strategi "Hälsa-för-alla år 2000". Den nya globala strategin, som för närvarande rubriceras "Hälsa för alla för det 21:a århundradet", planeras att antas av Världshälsoförsamlingen vid dess möte i Genève i maj 1998. Eventuellt kommer det då även att presenteras en särskild hälsopolitisk deklaration ("charter"). Parallellt pågår arbete med att revidera WHO:s hälsopolitiska mål för Europa.

Den globala Hälsa-för-alla-strategin

Ett första utkast till den nya globala strategin presenterades den 15 maj 1997 för WHO:s styrelse, som begärde att texten skulle arbetas om. Enligt den redovisade planeringen kommer WHO:s sex regionalkommittéer att få tillfälle att diskutera ett omarbetat förslag vid sina årliga möten under september månad. WHO:s sekretariat har också påbörjat konsultationer med andra FN-organisationer och frivilliga organisationer. WHO:s styrelse har vidare begärt att medlemsländerna skall ges tillfälle att medverka i utformningen av texterna i en öppen

process under tiden fram till maj 1998, då den nya strategin planeras att bli antagen. Formerna för detta är dock ännu oklara.

Den europeiska Hälsa-för-alla-strategin

WHO:s Europakontor räknar med att i slutet av juli månad sända ett förslag till hälsopolitisk strategi för Europa på remiss. Medlemsländerna skall lämna svar senast i slutet av november 1997. Vid regionalkommitténs möte i Istanbul den 15-19 september 1997 kommer det förutom genomgången av den globala strategin också att ges tillfälle till en preliminär diskussion av den europeiska strategin. Denna planeras att kunna bli antagen vid regionalkommitténs möte i september 1998.

Tilläggsuppdraget

Inom WHO finns ambitionen att följa upp den globala strategin regionalt, vilket i sin tur skall ge vägledning för medlemsländernas nationella hälsoprogram. Besluten i WHO är formellt inte bindande för medlemsländerna, men särskilt en europeisk folkhälsostrategi kan komma att få betydelse såväl för samarbetet inom den europeiska WHO-regionen, som för enskilda länders övergripande inriktning av folkhälsoarbetet.

Nationella folkhälsokommittén skall därför, i samarbete med Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, följa processen för utarbetandet av WHO:s nya Hälsa-för-alla-strategi och dess anknytning till den globala strategin.

De berörda svenska myndigheterna och organisationerna kommer under processen att ges tillfälle att lämna synpunkter till Socialdepartementet, som har samordningsansvar för relationerna med WHO. Det är särskilt angeläget att Nationella folkhälsokommittén lämnar synpunkter till Socialdepartementet i de olika skeden där medlemsländerna ges tillfälle att påverka utformningen av den nya Hälsa-för-alla-strategin.

När WHO:s Hälsa-för-alla-strategier har antagits av medlemsländerna skall Nationella folkhälsokommittén, inom ramen för sitt uppdrag, vidare bidra till att sprida kännedom om dessa bland aktörerna inom de berörda samhällssektorerna. Härvid skall information om WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa ges företräde.

(Socialdepartementet)

Lagstiftningar med nära anknytning till folkhälsoområdet

1 Inledning

Syftet med denna bilaga är främst att ge en allmän överblick över aktuella lagstiftningar med nära anknytning till folkhälsoområdet. Genomgången inleds med lagstiftningar inom hälso- och sjukvårdsområdet och avslutas med trafiksäkerhetsområdet. I vissa fall har lagstiftningar tagits med som kanske inte direkt brukar förknippas med folkhälsoarbetet. De har ändå tagits med för att de spelar en stor roll i samhällsociala frågor och därmed också är viktiga för frågor om folkhälsan.

Någon mera ingående redogörelse för de olika lagstiftningarna görs inte. En sådan redogörelse skulle göra bilagan alltför omfattande. I stället får den intresserade hänvisas till i första hand de olika författningarna i sig. Det finns också förarbeten (betänkanden, propositioner och annat riksdagstryck) och juridisk litteratur att tillgå om de olika lagarna.

I bilagan berörs inte de olika regler som finns om skadestånd och straff m.m. för den som gör sig skyldig till ett handlande i strid med åligganden enligt lagstiftningar som redovisas.

2 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763/HSL)

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som trädde i kraft den 1 januari 1983, inleds med bestämmelser (1–2 d §§) som gäller all hälso- och sjukvård som bedrivs i landet – dvs. i huvudsak hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och kommuner samt privat hälso- och sjukvård, företagshälsovård, skolhälsovård och studerandehälsovård (ang. företags-, skol- och studerandehälsovården se avsnitt 4).

HSL innehåller sedan ett avsnitt om landstingens hälso- och sjukvård (3–16 §§) och ett avsnitt om kommunernas hälso- och sjukvård (1725 §§). I HSL finns fortsättningsvis avsnitt med bl.a. gemensamma

regler för landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård och gemensamma regler för all hälso och sjukvård. Tillsynen över hälso- och sjukvården utövas av Socialstyrelsen. Detta anges i lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (1 §).

Tandvården regleras inte i HSL utan i en särskild lag – tandvårdslagen (1985:125), se avsnitt 3.

Hälso- och sjukvården är till största delen en angelägenhet för landstingen. Vissa primärkommuner ingår inte i något landsting. Samma ansvar gäller då dessa kommuner. Med landsting avses i det följande även de landstingsfria kommunerna.

Den hälso- och sjukvård som alla primärkommuner är skyldiga att erbjuda avser vissa särskilda fall. Kommunerna är bl.a. skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer (18 § HSL). Ansvaret i dessa fall är en följd av Ädelreformen.

I 1 § första stycket HSL framhålls att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Detta innebär att hälso- och sjukvården omfattar såväl den egentliga sjukvården som de sjukdomsförebyggande åtgärderna. Med insatser som innebär att medicinskt förebygga sjukdomar och skador avses enligt förarbetena (prop. 1981/82:97, s. 110) både *miljöinriktade* och *individinriktade åtgärder*.

I fråga om de miljöinriktade åtgärderna anförde föredragande statsrådet bl.a. att de kan innefatta insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet. Till de individinriktade åtgärderna räknas – framgår det vidare av propositionen – bl.a. all verksamhet som har till syfte att uppsåra hälsoproblem av skilda slag. Det kan gälla allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård (s. 111).

Målet för hälso- och sjukvården är enligt 2 § första stycket en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare föreskrivs i 2 b § att hälso- och sjukvården skall 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. Denna paragraf trädde i kraft den 1 juli 1985. Angående denna paragraf se vidare nedan.

I avsnittet i HSL om landstingens hälso- och sjukvård (3–16 §§) framhålls att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och att landstinget även i övrigt skall verka för en god hälsa hos hela befolkningen (anges i 3 §).

Föredragande statsrådet redovisade i propositionen till hälso- och sjukvårdslagen, s. 33 ff, sin uppfattning om den förebyggande verk-

samheten. Exempel på förebyggande åtgärder nämndes, såsom vaccinering mot olika sjukdomar och medicinering för människor med högt blodtryck. Det framhölls att det finns möjligheter att förebygga eller i tiden förskjuta de fortfarande relativt vanliga allvarliga komplikationerna av diabetes. Andra exempel på framgångsrika förebyggande åtgärder var mödra- och barnhälsovården, som haft stor betydelse för att begränsa sjuklighet och dödlighet för mödrar och barn i samband med graviditet och förlossning liksom under barnens första levnadsår. Ett ytterligare exempel utgör insatserna inom tandhälsovården med bl.a. fluorbehandling mot tandröta. Statsrådet framhöll också bl.a. att de stora kroniska sjukdomskategorierna i högre åldersgrupper har bedömts vara svårare att angripa med förebyggande åtgärder.

Landstingens ansvar för miljöinriktade insatser borde enligt statsrådet innefatta insatser i syfte att fastlägga hur faktorer i den yttre miljö – och därvid inte bara kemiska, biologiska eller fysiska utan även sociala och psykologiska – samt levnadsvanor inverkar på befolkningens hälsotillstånd. För att sådana bedömningar skall kunna bli verkningsfulla måste de ofta enligt statsrådet göras på nationell nivå och ibland kan det till och med bli nödvändigt att sätta in dem i ett större internationellt sammanhang (s. 35).

De individinriktade förebyggande åtgärderna borde enligt statsrådet innefatta information och hälsoupplýsning, åtgärder för att förhindra uppkomsten av sjukdom, t.ex. genom vaccinering och tillförsel av skyddsläkemedel, uppspårande verksamhet riktad mot sjukdomar eller förstadier till sådana, dvs. hälsokontroller och hälsoövervakning (s. 37). Angående funktionshinder framhölls att det är viktigt att med olika stödjande och förebyggande åtgärder söka skapa förutsättningar för ett normalt liv för dem.

Statsrådet framhöll vidare att förebyggande arbete mot psykisk ohälsa även omfattar åtgärder utanför hälso- och sjukvårdens ram. Dessa åtgärder berör många av samhällets sektorer, såsom åtgärder för att minska alkoholkonsumtionen och användning av psykofarmaka, hjälp att öka individens motståndskraft genom hälsoupplýsning m.m. (s. 38).

Som ovan angetts kompletterades hälso- och sjukvårdslagen den 1 januari 1985 med 2 b § (paragrafen gäller för all hälso- och sjukvård som bedrivs i landet). I den föreskrivs bl.a., som påpekats, att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Till grund för paragrafen låg propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården. I redogörelsen för propositionens huvudsakliga innehåll betonades (s. 2) betydelsen av en samlad folkhälsopolitik. Beträffande det förebyggande arbetet förordades ett starkare samarbete mellan de många samhällssektorer som kan medverka till att främja

goda hälsoförhållanden och motverka ohälsa. Underlag till program mot psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar borde tas fram med förtur och en bättre skadestatistik föreslogs som grund för intensifierade skadeförebyggande insatser. Hälsoupplysningens roll och behoven av olika åtgärder för förbättrade kostvanor och minskat tobaksbruk betonades. Vidare redovisades i propositionen vissa hälsopolitiska mål och insatser vad avser alkoholpolitiken.

Slutligen kan nämnas att FN under år 1989 antog konventionen om barnets rättigheter (FN:s barnkonvention). Konventionen trädde för Sveriges del i kraft den 2 september 1990. Vad gäller hälso- och sjukvården för barn anges i artikel 24 punkten 1 att konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Vidare anförs i artikeln bl.a. att konventionsstaterna skall vidta lämpliga åtgärder för att utveckla förebyggande hälsovård, punkten 2 (f).

3 Tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdstaxan (1973:638)

3.1 Tandvårdslagen (1985:125)

Tandvårdslagen har utformats med hälso- och sjukvårdslagen som förebild. Tandvårdslagen gäller tandvårdsverksamhet som bedrivs i landet. Det innebär främst tandvård som meddelas av folktandvården och privata vårdgivare. Huvudman för folktandvården är landstinget. Med landsting avses även de landstingsfria kommunerna.

Med tandvård avses enligt tandvårdslagen åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan (1 §).

Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder (3 § punkten 1).

Det framhålls i propositionen med förslag till tandvårdslag (prop. 1984/85:79, s. 21) att det har uppnåtts mycket goda resultat med förebyggande åtgärder för barn och ungdomar. Ett viktigt inslag i det förebyggande arbetet är en uppsökande verksamhet och att det är viktigt att de patienter som saknar eller har en oregelbunden kontakt med tandvården får hjälp att etablera en sådan kontakt genom någon form av uppsökande verksamhet.

I tandvårdslagen finns ett avsnitt om landstingets tandvård (515 a §§). Det anges i 5 § bl.a. att varje landsting skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget och att landstinget även i övrigt skall verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Angående 5 §

framhålls i propositionen om tandvårdslagen (s. 29) att landstingens ansvar för samhällsinriktade förebyggande insatser inom tandvården bör innefatta insatser för att kartlägga hur faktorer i den yttre miljön och levnadsvillkoren påverkar befolkningens tandhälsa. Landstingen bör ta till vara, systematisera, bearbeta och utnyttja de kunskaper om risker i människornas levnadsmiljö som observeras i det dagliga tandvårdsarbetet.

Folktandvården skall svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år. Detta föreskrivs i 7 § 1. Denna tandvård skall vara avgiftsfri (15 §).

Socialstyrelsen utövar enligt lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården tillsynen över tandvården (1 och 2 §§).

3.2 Tandvårdsförsäkringen

Tandvårdsförsäkringen har med ett betydande antal justeringar i arvodes- och subventionsbestämmelserna gällt sedan år 1974. Tandvårdsförsäkringen tillkom i en tid med stora tandvårdsbehov och hade som syfte att göra det ekonomiskt möjligt för de flesta människor att få tandvård. Tandvårdstaxan (1973:638) infördes med reglerade arvoden för angivna åtgärder. Patientavgiften beräknades som en procentuell andel utifrån det sammanlagda arvodet för behandlingen.

Tandvårdsersättningen utbetalas av försäkringskassorna. Riksförsäkringsverket (RFV) är tillsynsmyndighet.

Numera gäller en "självrisk" i tandvårdstaxan. Den försäkrade betalar hela kostnaden t.o.m. 1 300 kronor för en behandlingsperiod. Om summan av arvodet under en behandlingsperiod överstiger 1 300 kronor men inte 13 500 kronor betalar försäkringskassan tandvårdsersättning för det överskjutande beloppet med 35 procent. Om arvodet överstiger 13 500 kronor betalas tandvårdsersättning för det överskjutande beloppet med 70 procent. Dessa bestämmelser finns i 7 § tandvårdstaxan.

Efter hand som tandhälsosituationen för flertalet vuxna har förbättrats efter tillkomsten av tandsvårdsförsäkringen har behovet av ett förändrat arvodes- och ersättningssystem uppkommit. Hösten 1992 tillsattes en arbetsgrupp för översyn av tandvårdsförsäkringen. Därefter har det lagts flera propositioner på riksdagens bord med förslag om ändring av systemet. Någon genomgripande reform har trots det inte kommit till stånd. Arbetet med en reformering fortsätter emellertid. En särskild utredare tillkallades i juni 1997 uppdrag att lämna förslag till en ny inriktning av tandvårdsförsäkringen (dir 1997:86). Uppdraget redovisades nyligen i betänkandet Tänder – nytt ersättningssystem för

vuxentandvård (SOU 1998:2). Förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet.

4 Företags-, skol- och studerandehälsovården

4.1 Företagshälsovården

Företagshälsovården är en del av det arbetarskydd som regleras genom arbetsmiljölagen (1977:1160). Även om det finns både statlig, primärkommunal och landstingskommunal företagshälsovård gäller för det stora flertalet arbetsplatser i Sverige att verksamheten regleras av särskilda avtal mellan arbetsmarknadens parter enligt vilka huvudansvaret läggs på resp. arbetsgivare att utövas i nära samverkan med arbetstagarorganisationerna. Företagshälsovården skall, enligt uttalanden i proposition 1984/85:89, som opartisk, rådgivande expertresurs till den lokala skyddsverksamheten medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar. Verksamheten skall huvudsakligen vara av förebyggande karaktär och beakta såväl medicinska och tekniska som psykiska och sociala aspekter i arbetsmiljön. Riksdagsbeslutet med anledning av propositionen medförde bl.a. ett tillägg till 3 kap. 2 § arbetsmiljölagen av innebörd att arbetsgivare om arbetsförhållandena påkallar det skall föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver. Sverige har anslutit sig till International Labour Organisations (ILO) konvention nr 161, som ger detaljerade riktlinjer för företagshälsovård. Enligt konventionen skall åtgärder vidtas för etablering av företagshälsovård, varvid ett alternativ är att detta skall ske genom "lagar och bestämmelser" (källa; Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 1997, s. 102 f).

Av 1 och 2 §§ lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården framgår att företagshälsovården står under tillsyn av Socialstyrelsen.

4.2 Skolhälsovården

Enligt 14 kap. 1 § skollagen (1985:1100) skall skolhälsovård anordnas för eleverna i grundskolan, gymnasieskolan, särskolan, specialskolan och sameskolan. Skolhälsovård får även ordnas för elever i förskoleklass om sjukvårdshuvudmannen och skolhuvudmannen kommer överens om det. Huvudmannen för skolan skall anordna hälso-

och sjukvården om inte annat följer av föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer (14 kap. 7 §).

Kommunerna är huvudmän för grundskolan medan kommuner och landsting är huvudmän för gymnasieskolan (1 kap. 4 § skollagen). Kommunerna är huvudmän för särskolan (1 kap. 5 §). Efter överenskommelse med en kommun får dock ett landsting vara huvudman för viss utbildning inom särskolan. Staten är huvudman för specialskolan och sameskolan (1 kap. 6 och 7 §§).

Enligt 14 kap. 2 § första stycket skollagen har skolhälsovården till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. I paragrafens andra stycke föreskrivs att skolhälsovården främst skall vara förebyggande. Den skall omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. För elever i särskolan och specialskolan skall i skolhälsovården också ingå särskilda undersökningar som föranleds av deras funktionshinder.

Vidare föreskrivs i 14 kap. 3 § första stycket att varje elev i grundskolan eller sameskolan skall erbjudas att genomgå minst tre allmänna hälsokontroller, jämt fördelade under skoltiden. Den första kontrollen skall äga rum första läsåret. Om skolhälsovård anordnas för elever i förskoleklassen får den första kontrollen istället äga rum då eleven går där. Eleven skall dessutom, mellan de allmänna hälsokontrollerna, erbjudas att genomgå kontroll av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller.

Skolhuvudmannen är alltså skyldig att erbjuda eleverna hälsoundersökningar i den omfattning som sägs i 14 kap. 3 § första och andra styckena skollagen. För eleverna föreligger dock normalt ingen skyldighet att låta sig undersökas.

I 14 kap. 4 § anges att eleverna i gymnasieskolan och i gymnasiesärskolan skall beredas tillfälle att genomgå minst en allmän hälsokontroll.

Tillsynen över skolhälsovården utövas av Socialstyrelsen. Detta framgår av 1 och 2 §§ lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården.

4.3 Studerandehälsovården

Studerandehälsovården bedrivs på universitets- och högskoleorterna genom särskilda kårorts nämnder som inrättats av de studerande genom deras organisationer. Verksamheten är inte författningsreglerad. Verksamheten finansieras delvis med statsbidrag. Enligt riksdagsbeslut på grundval av regeringens proposition 1982/83:129 om vissa studiesoci-

ala frågor bör tyngdpunkten inom studerandehälsovården ligga på förebyggande, sociala och kurativa insatser. De studerandes behov av somatisk och psykiatrisk sjukvård bör huvudsakligen tillgodoseas inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården. Det sagda gäller de statliga högskoleenheterna medan praktiskt taget alla studerande inom den kommunala delen av högskolan omfattas av skolhälsovården (källa; Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 1997, s. 104).

Studerandehälsovården står liksom företagshälsovården och skolhälsovården under tillsyn av Socialstyrelsen.

5 Folkhälsoarbetet inom EU

5.1 Artikel 129 i Maastrichtfördraget

När fördraget om Europeiska Unionen (Maastrichtfördraget) trädde i kraft den 1 november 1993 skapades möjligheter för ett mer formellt samarbete på folkhälsans område än tidigare. Enligt artikel 3 i det reviderade Romfördraget skall verksamheten innefatta bl.a. åtgärder för att uppnå en hög hälsoskyddsnivå. För detta ändamål har artikel 129 om folkhälsa inrättats i Maastrichtfördraget.

I artikel 129 föreskrivs följande.

- 1 Gemenskapen skall bidra till att en hög hälsoskyddsnivå uppnås genom att främja samarbetet mellan medlemsstaterna och vid behov stödja deras insatser.
Gemenskapens insatser skall inriktas på att förebygga sjukdomar, särskilt de stora folksjukdomarna, inkl. narkotikamissbruket, genom att främja forskning om deras orsaker och överföring samt hälsoupplysning och hälsoundervisning. Hälsoskyddskraven skall ingå som ett led i gemenskapens övriga politik.
- 2 Medlemsstaterna skall i samverkan med kommissionen inbördes samordna sin politik och sina insatser på de områden som avses i punkt 1. Kommissionen kan i nära kontakt med medlemsstaterna ta lämpliga initiativ för att främja en sådan samordning.
- 3 Gemenskapen och medlemsstaterna skall främja samarbetet med tredje land och de behöriga internationella organisationerna på folkhälsans område.
- 4 För att bidra till att de mål som anges i denna artikel uppnås skall rådet:
i enlighet med det förfarande som anges i artikel 189b, och efter att ha hört Ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén

besluta om stimulansåtgärder som dock inte får omfatta harmonisering av medlemsstaternas lagar eller andra författningar, genom beslut med kvalificerad majoritet på förslag av kommissionen anta rekommendationer.

Kommissionen har i ett meddelande år 1993 KOM (93) 559 redovisat sin planering för arbetet med en folkhälsostrategi enligt artikel 129. Arbetet föreslås vara en blandning av program av allmän/horisontell natur och sjukdomsspecifika program.

Förutom artikel 129 finns andra bestämmelser i fördragen som direkt eller indirekt berör hälsan. I departementspromemorian Ds 1997:4 Strategi för Sveriges EG-arbete i frågor som gäller folkhälsa och hälso- och sjukvård lämnas exempel på sådana bestämmelser (s. 29 f).

Departementspromemorian Ds 1997:4 har utarbetats av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet. I promemorian föreslås att Sverige bör verka för att EU:s folkhälsoarbete får som målsättning att hälsosituationen i länder och befolkningsgrupper skall närma sig den bästa nivån i unionen. Arbetet för att nå målet bör ske successivt och ha fokus på att minska hälsorisker och hälsoskillnader i EU med beaktande av jämlikhet och jämställdhet (s. 41).

För att uppnå detta mål bör enligt arbetsgruppens mening EU:s befogenheter och resurser att agera inom merparten av de områden som är av grundläggande betydelse för folkhälsan utnyttjas i ett mer uttalat hälsofrämjande syfte (s. 41).

Arbetsgruppen framhåller att när det gäller områdena tobak, alkohol och narkotika är hälsoriskerna väl dokumenterade och EU kan redan nu utnyttja sina befogenheter för att påverka dessa riskfaktorer. Här finns det anledning att från svensk sida särskilt prioritera dessa frågor både för att få till stånd ett samlat agerande inom olika politikområden och inom ramen för de pågående och planerade folkhälsoprogrammen (s. 41).

5.2 Program som bedrivs inom EU

Genom artikel 129 i Maastrichtfördraget fick folkhälsofrågorna en konstitutionell grund inom EU. Därmed kunde man också sätta igång med att utveckla etablerade program och skapa helt nya program.

Åtgärdsprogram som f.n. bedrivs inom EU är bl.a. ett program för att förebygga aids och vissa andra sexuellt överförbara sjukdomar. Ett annat program är "Europa mot cancer". Ett tredje program avser hälsofrämjande insatser. Det kan också nämnas att det inom EU har inrättats ett internationellt center, EMCDDA – Europeiska narkotikaobservato-

riet. Det har till uppgift att bevaka narkotikasituationen inom resp. EU-land och att jämföra den aktuella situationen och utvecklingen mellan EU-länderna.

6 Smittskyddslagen (1988:1472)

Med smittskydd avses enligt smittskyddslagen verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor (1 §). Varje landsting svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet (5 §).

Enligt 9 § svarar dock den nämnd i en kommun som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet för att smittskyddsåtgärder vidtas mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Vidare skall enligt 10 § första meningen varje läkare i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. I 10 § finns också bestämmelser om undersöknings- och behandlingsskyldighet för läkaren.

I varje landsting skall det finnas en smittskyddsläkare (6 §).

De smittsamma sjukdomarna indelas i samhällsfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. De samhällsfarliga sjukdomarna och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna skall anmälas enligt föreskrifter som meddelas i smittskyddslagen (3 §). Till de anmälningspliktiga sjukdomarna räknas bl.a. difteri, hepatit A, hepatit B, infektion av HIV, tuberkulos, malaria och botulism. Anmälan görs till smittskyddsläkaren.

Bestämmelser om anmälningskyldighet finns i 20–24 a §§. Det föreskrivs bl.a. i 20 § första stycket första meningen att en läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet.

Socialstyrelsen har tillsynen över smittskyddet i landet (65 §).

En parlamentarisk kommitté har tillkallats för att utvärdera smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar som hör till smittskyddet (dir. 1996:68). Kommitténs uppdrag skall redovisas senast den 31 december 1998.

I sammanhanget kan också nämnas att det finns en lag (1989:225) om ersättning till smittbärare. Enligt denna lag utges ersättning i form av smittbärappenning och reseersättning. Med smittbärare förstås den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin

arbetsförmåga till följd av sjukdomen och den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. Försäkringskassan betalar ut ersättningarna enligt denna lag.

7 Arbetsmiljölagen (1977:1160)

I 1 kap. 1 § arbetsmiljölagen anges att ändamålet med lagen är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.

I anslutning härtill kan – som anges i kommentaren till arbetsmiljölagen, Hans Gullberg m.fl., 1997, s. 19 – nämnas att området för arbetarskydd efter hand har breddats. Bakgrunden är en ökad insikt om att man för att värna om hälsan bör sträva efter bästa möjliga arbetsförhållanden inte bara i tekniskt och fysiologiskt avseende utan också från social och psykologisk synpunkt.

I arbetsmiljölagen ges vidare grundläggande föreskrifter som underlag för att arbetarskyddets mål skall kunna förverkligas. Kraven är till en del allmänt utformade. Detta beror enligt den nämnda kommentaren på att lagen skall gälla för så gott som hela arbetslivet med alla dess skilda verksamhetsgrenar och skiftande verksamhetsformer. Den allmänna utformningen ger också möjligheter att anpassa tillämpningen till den tekniska och den sociala utvecklingen i samhället.

Arbetsmiljölagen gäller framför allt i anställningsförhållanden. I väsentliga delar är lagen dessutom tillämplig på ensamföretagare.

Ett centralt avsnitt i lagen utgör det andra kapitlet. I detta kapitel finns allmänna föreskrifter om arbetsmiljöns beskaffenhet. Här uppställs de allmänna krav som skall gälla med avseende på skilda faktorer i arbetsmiljön.

I 2 kap. 1 § föreskrivs följande om arbetsmiljöns beskaffenhet.

Arbetsmiljön skall vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetstagaren skall ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetsituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete. Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid skall även löneformer och förläggning av arbetstider beaktas. Starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas. Det skall eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sam-

manhang mellan enskilda arbetsuppgifter. Det skall vidare eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar.

I 3 kap. preciseras vilka som har ansvaret för arbetsmiljön. Främst nämns arbetsgivare men ett ansvar läggs också på arbetstagare, tillverkare m.fl. grupper. Samtidigt ges allmänna handlingsmönster för hur man skall gå till väga för att skapa en god arbetsmiljö.

I 4 kap. ges bl.a. grundvalen för att Arbetarskyddsstyrelsen skall kunna meddela straffsanktionerade föreskrifter om förhandskontroll i olika former.

I 5 kap. finns föreskrifter om minderåriga. I 5 kap. 2 § anges att en minderårig får inte som arbetstagare eller på annat sätt anlitas till eller utföra arbete före det kalenderår under vilket han/hon fyller sexton år och inte heller innan han/hon har fullgjort sin skolplikt.

En minderårig som fyllt tretton år får dock anlitas till eller utföra lätt arbete som inte är av sådant slag att det kan inverka skadligt på den minderåriges hälsa, utveckling eller skolgång. Regeringen eller efter regeringens bestämmande, Arbetarskyddsstyrelsen, får meddela föreskrifter om undantag från förbudet att anlita minderårig som inte har fyllt tretton år. Sådant undantag får endast avse mycket lätt arbete av sådant slag att speciella och betydande tillämpningsproblem skulle uppstå om inte undantag meddelades.

I 7 kap. finns bestämmelser om tillsyn. Det föreskrivs i 7 kap. 1 § första stycket att tillsyn över efterlevnaden av denna lag och med stöd av lagen meddelade föreskrifter utövas av Arbetarskyddsstyrelsen samt, under dess överinseende och ledning, av Yrkesinspektionen.

Arbetsmiljölagen kompletteras med föreskrifter meddelade med stöd av lagen. Till lagen ansluter således bl.a. arbetsmiljöförordningen (1977:1166) som innehåller bemyndiganden för Arbetarskyddsstyrelsen att meddela föreskrifter om arbetsmiljölagens tillämpning. I förordningen finns också bestämmelser som avser bl.a. den lokala skyddsverksamhetens anordnande och tillsynens utövande.

8 Socialtjänstlagen (1980:620/SoL)

Socialtjänstlagen (SoL) anses ofta ha stor betydelse för folkhälsofrågor. Bestämmelser finns ändå inte i denna lag som direkt uttalar att social-tjänsten har ett ansvar för folkhälsofrågor. I en rapport (februari 1994) från ett nätverk som bildats för lokalt folkhälsoarbete i samverkan mellan bl.a. Svenska kommunförbundet,

Landstingsförbundet och Folkhälsoinstitutet ges dock en beskrivning av socialtjänstens roll som kan vara lämplig att återge. Det framhålls att socialtjänstens insatser kan bryta den onda cirkel som så ofta går från sociala problem till ohälsa och att socialtjänstens arbete i denna mening ofta kan betecknas som förebyggande i ett folkhälsoperspektiv.

Socialtjänsten är en kommunal angelägenhet. Regional tillsyn över socialtjänsten utövas av länsstyrelserna. Tillsynen på nationell nivå utövas av Socialstyrelsen.

I 5 § SoL framhålls att det till socialnämndens uppgifter bl.a. hör att medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen samt att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden.

I 7 § meddelas vissa allmänna riktlinjer för socialnämndens verksamhet. Det anges i paragrafens första stycke bl.a. att socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen skall bygga på nämndens sociala erfarenheter och särskilt syfta till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen.

En annan paragraf i socialtjänstlagen som kan vara av intresse ur ett folkhälsoperspektiv är 8 §. I den föreskrivs att socialnämnden i den uppsökande verksamheten skall upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt skall nämnden härvid samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Vad gäller åtgärder mot missbruk föreskrivs i 11 § bl.a. att socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet. Socialnämnden skall också (enligt paragrafens andra stycke) genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Vad gäller omsorger om barn och ungdom framhålls i 12 § att socialnämnden med särskild uppmärksamhet skall följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling. I samma paragraf framhålls också bl.a. att socialnämnden i nära samarbete med hemmen skall sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.

Från den 1 januari 1998 gäller ett tillägg till 1 § socialtjänstlagen i syfte att stärka barnens ställning inom socialtjänsten. Enligt detta tillägg skall, när åtgärder rör barn, särskilt beaktas vad hänsynen till

barnets bästa kräver. Anledningen till tillägget är främst att Sverige har anslutit sig till FN:s konvention om barnets rättigheter (FN:s barnkonvention). Som nämnts under avsnitt 2 trädde denna konvention i kraft för Sveriges del den 2 september 1990. I konventionen anges i artikel 3 punkten 1 att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ skall barnets bästa komma i främsta rummet.

I ett flertal bestämmelser i konventionen finns en mer eller mindre stark anknytning till socialtjänstområdet sett i ett folkhälsoperspektiv. Det kan nämnas att det i artikel 19 punkten 1 anges att konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård. Vidare kan nämnas att det i artikel 27 punkten 1 anges att konventionsstaterna erkänner rätten för varje barn till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. I artikel 33 anges att konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder, innefattande lagstiftningsåtgärder, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i upplysningssyfte för att skydda barn från olaglig användning av narkotika och psykotropa ämnen såsom dessa definieras i tillämpliga internationella fördrag.

Vad sedan gäller omsorgerna om äldre föreskrivs i 20 a § SoL att socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område. Vidare föreskrivs i paragrafen att kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. En motsvarande paragraf finns vad gäller omsorger om människor med funktionshinder (21 a §).

Från den 1 januari 1998 gäller en bestämmelse i socialtjänstlagen som anger att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet (7 a § första stycket). Bestämmelsen föreslogs av regeringen i proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen. En av de former av insatser som betonas i propositionen är de tidiga insatserna (s. 54 ff) Socialtjänsten bör beakta behovet av tidiga insatser inom alla verksamheter för både vuxna, barn och ungdomar.

Vidare skall nämnas att det finns två tvångslagar inom socialtjänstområdet. Den ena är lagen (1988:870) om vård av missbrukare i

vissa fall. Den andra är lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

En särskild utredare har i oktober 1997 tillkallats för att analysera och lämna förslag som bl.a. berör socialtjänstlagens konstruktion och struktur, socialtjänstens finansiering, socialtjänstens uppgift att främst bistå vid tillfälliga sociala eller ekonomiska problem samt formerna för tillsynen över socialtjänsten (dir. 1997:109). Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 31 mars 1999.

9 Socialförsäkringen

Inom socialförsäkringen finns bl.a. sjukförsäkring, rätt till förtidspension och en arbetsskadeförsäkring. Dessa försäkringsformer har som syfte att kompensera den enskilde för inkomstbortfall på grund av nedsättning av arbetsförmåga till följd av sjukdom/funktionshinder. Förekomsten av socialförsäkringen bidrar till tryggheten i samhället som indirekt på ett positivt sätt bör avspeglas i ett folkhälsoperspektiv. Försäkringskassorna utgör de administrativa organ som tillsammans med Riksförsäkringsverket (RFV) handhar socialförsäkringen. RFV är också tillsynsmyndighet.

Ett närmare samband mellan socialförsäkringen och folkhälsoarbetet kan ses i det rehabiliteringsansvar som försäkringskassan har. Försäkringskassan skall enligt 22 kap. 5 § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag. Utifrån rehabiliteringsansvaret samt även av andra skäl (bl.a. intresset av att hålla nere kostnaderna för sjukförsäkringen i stort) finns det skäl för socialförsäkringen att verka för att förebygga sjukdom. Detta kommer till uttryck bl.a. i en rapport till regeringen under år 1990 med rubriken Särskild rapport till regeringen om ohälsan och insatser mot den (RFV anser 1990:5). Det har alltså gått några år sedan rapporten lämnades men den är enligt uppgifter från RFV fortfarande aktuell.

RFV har enligt rapporten valt att dela upp åtgärderna mot ohälsan i fyra grupper. En av dessa grupper är förebyggande insatser. Socialförsäkringen gör enligt rapporten insatser genom att försäkringskassan manuellt eller genom egna ADB-system samlar statistiska uppgifter om sjukskrivning, arbetsskador och förtidspensioner för anställda hos en viss arbetsgivare. I samverkan med arbetsförmedling och Yrkesinspektionen, som på liknande sätt gör sammanställningar om arbetsgivaren, kan sedan myndigheterna tillsammans presentera sitt underlag för arbetsgivaren. En sådan genomgång avser att informera arbetsgivaren om

situationen och få till stånd en diskussion om de åtgärder arbetsgivaren kan vidta för att begränsa de fysiska och psykiska hälsoriskerna på arbetsplatsen.

Försäkringskassan kan också enligt rapporten föra ut goda exempel på samarbetsformer mellan de aktörer som arbetar för att förebygga ohälsa och utslagning från arbetslivet och kan även förmedla goda exempel på insatser som arbetsgivare gjort och som kan tillämpas av flera.

Som en bekräftelse på socialförsäkringens roll i folhälsoarbetet kan framhållas att det i budgetpropositionen för år 1998 (prop. 1997/98:1, volym 6, s. 11) framhålls att socialförsäkringsadministrationen skall verka för att bl.a. förebygga och minska ohälsa.

I proposition 1997/98:41 om socialförsäkringens administration, m.m., vilken i december 1997 överlämnats till riksdagen, föreslår regeringen att det i 18 kap. 2 § AFL skall föreskrivas att den allmänna försäkringskassan bl.a. skall vidta åtgärder för att förebygga och minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna samt aktivt arbeta med rehabilitering enligt vad som närmare anges i 22 kap. Skyldigheten för försäkringskassan att verka förebyggande och att försöka minska ohälsa föreslås alltså bli lagreglerad. Dessa bestämmelser föreslås träda i kraft den 1 juli 1998.

Slutligen skall här nämnas att det finns vissa ersättningsbestämmelser i AFL som är av direkt betydelse i förebyggande sammanhang. Den som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering kan enligt AFL ha rätt till sjukpenning. Som förutsättning gäller att behandlingen eller rehabiliteringen syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstid eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Arbetsförmågan skall anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Bestämmelserna härom finns i 3 kap. 7 b § AFL. Vidare kan rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Dessa bestämmelser finns i 22 kap. 7 §.

10 Livsmedelslagen (1971:511)

Livsmedelslagen har som syfte att skydda konsumenterna mot skadliga eller på annat sätt från hälsosynpunkt otjänliga livsmedel (prop. 1971:61, s. 179).

I 5 § föreskrivs att livsmedel som saluhålls inte får ha sådan sammansättning eller beskaffenhet i övrigt att det kan antas vara skadligt att förtära, smittförande eller eljest otjänligt till människoföda.

Angående hantering av livsmedel anges i 8 § att vid hantering av livsmedel skall sådana försiktighetsmått iakttas och i övrigt förfaras så att fara inte uppkommer för att livsmedlet förorenas eller blir otjänligt till människoföda.

Angående saluhållande föreskrivs i 16 § bl.a. att livsmedel får inte saluhållas om det kan antas vara otjänligt till människoföda.

Angående personalhygien anges i 21 § första stycket att i livsmedelshandling får inte vara sysselsatt person som har eller kan antas ha sjukdom eller smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda.

Statens livsmedelsverk utövar den centrala tillsynen över efterlevnaden av lagen och de föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Länsstyrelsen utövar den närmare tillsynen inom länet. Den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälso-skyddsområdet utövar tillsynen inom kommunen om regeringen inte har föreskrivit att tillsynen skall utövas av Livsmedelsverket. Föreskrifterna härom finns i 24 §.

En kommitté har enligt beslut av regeringen i februari 1997 tillkallats med uppgift att göra en översyn av livsmedelstillsynen (dir. 1997:25). Kommittén skall särskilt utreda fördelningen mellan stat och kommun vad gäller ansvaret för livsmedelstillsynen, föreslå lämpliga former för tillsynen liksom för systemet med tillsynsavgifter. Kommittén skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 april 1998.

Livsmedelslagen kompletteras med livsmedelsförordningen (1971:807).

11 Tobakslagen (1993:581)

Tobakslagen trädde i kraft den 1 juli 1994. I den har samlats så gott som alla lagregler som gäller tobaksbruk. En samlad lag har ansetts göra regleringen överskådlig och lättillgänglig. Reglerna om beskattning av tobaksvaror finns dock i en särskild lag, lagen (1961:394) om tobaksskatt. Ändringar av mera omfattande slag har gjorts i tobakslagen med ikraftträdande den 1 januari 1997.

Bakgrunden till tobakslagen är de hälsorisker som tobaksbruket innebär. Världshälsoorganisationen (WHO) har rekommenderat regeringar och hälsovårdsmyndigheter att vidta åtgärder för att bl.a. få till stånd rökfria miljöer. Även EU har engagerat sig i arbetet mot tobak.

I 1 § tobakslagen anges att det på grund av de hälsorisker och olägenheter som är förbundna med bruk av tobak meddelas bestämmelser i denna lag om

- begränsning av rökning i vissa lokaler och utrymmen samt på vissa områden utomhus
- rökfri arbetsmiljö
- varningstexter och innehållsdeklaration på förpackningar till tobaksvaror
- begränsningar av handeln med och rätten till införsel av tobaksvaror
- marknadsföring av tobaksvaror samt
- produktkontroll m.m. av tobaksvaror.

I 2 § anges att rökning är förbjuden i vissa lokaler. Det gäller lokaler av gemensamhetskaraktär, t.ex. skollokaler, lokaler för hälso- och sjukvård, kommunikationsmedel, lokaler där allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar anordnas och andra lokaler som allmänheten har tillträde till.

I 8 § finns bestämmelser om rökfri arbetsmiljö. Arbetsgivaren skall med vissa undantag svara för att en arbetstagare inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök i den arbetslokal eller det liknande utrymme där arbetstagaren är verksam.

Härefter följer i lagen ett avsnitt om varningstexter och innehållsdeklaration på tobaksvaror (9–11 §§). Det föreskrivs bl.a. i 10 § att tillverkaren eller importören svarar för att förpackning till tobaksvara förses med varningstexter och innehållsdeklaration.

För försäljning av tobaksvaror har införts en åldersgräns. Tobaksvaror får inte säljas eller på annat sätt lämnas ut i näringsverksamhet till den som inte har fyllt 18 år (12 §). Vidare gäller enligt paragrafen att den som lämnar ut tobaksvaror skall förvissa sig om att mottagaren har uppnått 18 års ålder. Det anges också i samma paragraf att om det finns särskild anledning att anta att en tobaksvara är avsedd att lämnas över till någon som inte har fyllt 18 år får varan inte lämnas ut.

En näringsidkare som marknadsför tobaksvaror till konsumenter får inte använda kommersiella annonser i periodiska skrifter eller i andra jämförbara skrifter på vilka tryckfrihetsförordningen är tillämplig. Det får inte heller vid sådan marknadsföring användas kommersiella annonser i radio eller TV. Detta gäller även sådana TV-sändningar över satellit som omfattas av radio- och TV-lagen. Dessa bestämmelser finns i 14 § första stycket.

Tobakslagen innehåller ett avsnitt om tillsyn (19–24 §§). Det finns flera tillsynsorgan. Det är Arbetarskyddsstyrelsen, Yrkesinspektionen, Socialstyrelsen, den eller de nämnder som kommun bestämmer och länsstyrelserna. En tämligen omfattande redogörelse skulle behövas för

att även på ett enkelt sätt försöka beskriva detta regelsystem. Därför får i stället hänvisas till tobakslagen. Det kan dock nämnas att det finns en uppdelning mellan central tillsyn och omedelbar tillsyn. Den centrala tillsynen utövas av Arbetskyddsstyrelsen och Socialstyrelsen. Den omedelbara tillsynen utövas av de övriga organ som nämnts.

12 Alkohollagen (1994:1738)

Alkohollagen trädde i kraft den 1 januari 1995. Den kompletteras med alkoholförordningen (1994:2046) och förordningen (1994:2047) med instruktion för Alkoholinspektionen.

Samtidigt med de nya författningarna trädde ett nytt avtal mellan staten och Systembolaget AB i kraft, vilket tillkännagivits i Svensk författningssamling (1994:2049).

För alkoholpolitiken gäller det alkoholpolitiska beslut som riksdagen antog år 1977. Riksdagen antog detta år under bred enighet ett samlat alkoholpolitiskt program med tonvikt på socialpolitiska insatser i vid mening och ökade resurser till förebyggande åtgärder och upplysningsverksamhet. Målsättningen var att begränsa den totala, alltför höga alkoholkonsumtionen och komma till rätta med alkoholmissbruket (källa; Alkohollagen, En kommentar, Susanne Billum m.fl., 1995).

Lagens första kapitel upptas till stor del av definitioner av olika uttryck som används i lagen.

Alkohollagens andra kapitel innehåller regler om tillverkning och tillstånd därtill. Sprit och spritdrycker får inte tillverkas utan tillstånd (1 §). Vin, starköl eller öl får inte tillverkas utan tillstånd om det inte gäller tillverkning i hemmet för eget behov (2 §).

Alkohollagens tredje kapitel innehåller allmänna bestämmelser för försäljning. Det gäller all slag av försäljning inkl. servering. I 3 kap. 8 § föreskrivs att vid detaljhandel med spritdrycker, vin och starköl får varor inte säljas eller annars lämnas ut till den som inte har fyllt 20 år. Motsvarande gäller vid detaljhandel med öl och servering av alkoholdrycker i fråga om den som inte har fyllt 18 år. Vidare föreskrivs i paragrafen bl.a. att alkoholdrycker inte får lämnas ut om det finns särskild anledning anta att varan är avsedd att olovligen tillhandahållas någon. I 9 § anges att det är förbjudet att som ombud eller på därmed jämförligt sätt anskaffa alkoholdrycker till den som enligt 8 § inte har rätt att få sådan vara utlämnad till sig. Det är också enligt 9 § förbjudet att i större omfattning tillhandagå annan med att anskaffa alkoholdrycker.

Det sjätte kapitlet innehåller regler om servering. I kapitlets första paragraf föreskrivs bl.a. att servering av spritdrycker, vin och starköl

får ske endast om tillstånd har meddelats. På serveringsställe där serveringstillstånd gäller skall tillståndshavaren eller av honom utsedd serveringsansvarig person utöva tillsyn över serveringen och vara närvarande under hela serveringstiden (3 §).

I 7 kap. 1 § föreskrivs bl.a. att tillverkningstillstånd, partihandelstillstånd och inköpstillstånd får meddelas endast den som visar att han med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt är lämplig att utöva verksamheten. Vid tillståndsprövningen skall särskild hänsyn tas till om sökanden är laglydig och benägen att fullgöra sina skyldigheter mot det allmänna. Tillståndsprövande myndighet är Alkoholinspektionen.

Serveringstillstånd får meddelas endast den som visar att han med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt är lämplig att utöva verksamheten. Vidare gäller bl.a. att vid tillståndsprövningen skall särskild hänsyn tas till om sökanden är laglydig och benägen att fullgöra sina skyldigheter mot det allmänna (7 kap. 7 §).

Enligt 7 kap. 19 § skall kommunen återkalla serveringstillstånd bl.a. om tillståndshavaren inte följer de för servering eller serveringstillstånd gällande bestämmelserna i alkohollagen eller föreskrifter eller villkor meddelade med stöd av lagen.

Angående tillsynen över efterlevnaden av alkohollagen finns bestämmelser 8 kap. 1 §. I denna paragraf föreskrivs följande.

Alkoholinspektionen utövar central tillsyn över efterlevnaden av denna lag och kan meddela allmänna råd till vägledning för tillämpningen av lagen. Länsstyrelsen utövar tillsyn inom länet. Länsstyrelsen skall också biträda kommunerna med råd i deras verksamhet. Den omedelbara tillsynen över efterlevnaden av bestämmelserna om servering av spritdrycker, vin och starköl utövas av kommunen och av polismyndigheten. Kommunen och polismyndigheten utövar också tillsyn över servering av och detaljhandel med öl.

En särskild utredare har tillkallats för att göra en översyn av bestämmelserna om marknadsföring av alkoholdrycker (dir. 1996:33). Utredaren skall se över nuvarande marknadsföringsregler bl.a. utifrån de förändringar som skett på alkoholpolitikens område i och med Sveriges anslutning till EU och utforma förslag till de författningsregleringar som bedöms nödvändiga mot bakgrund av utredningsuppdraget.

13 Konsumentlagstiftning

13.1 Inledning

Konsumentverket är enligt förordningen (1995:868) med instruktion för Konsumentverket central förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor med huvudsansvar för att genomföra den statliga konsumentpolitiken. Övergripande mål för verksamheten skall vara att bl.a. skydda konsumenternas hälsa och säkerhet (1 §).

I föreliggande avsnitt redogörs för konsumentköplagen (1990:932) och konsumenttjänstlagen (1985:716). Konsumentverkets ansvar innebär ett ansvar även för dessa lagars tillämpning på konsumentområdet.

13.2 Konsumentköplagen (1990:932).

Flera av konsumentköplagens bestämmelser handlar om vad som skall avses med fel på en vara. Ur folkhälsosynpunkt är bl.a. 18 § av intresse. I 18 § punkten 1 sägs således att varan är felaktig om den säljs i strid mot ett förbud enligt 6 § produktsäkerhetslagen (1988:1604) eller 17 § marknadsföringslagen (1995:450) eller mot ett annat försäljningsförbud som har meddelats i författning eller av en myndighet väsentligen i syfte att förebygga att den som använder varan drabbas av ohälsa eller olycksfall eller för att annars hindra användning av en vara som inte är tillförlitlig från säkerhetssynpunkt.

I 18 § punkten 2 konsumentköplagen föreskrivs att varan är felaktig om den är så bristfällig att dess användning medför påtaglig fara för liv eller hälsa.

I 18 § punkten 1 ovan nämns 6 § produktsäkerhetslagen. Denna paragraf innehåller ett säljförbud. Där föreskrivs att om en näringsidkare tillhandahåller en vara eller en tjänst som medför särskild risk för skada på person eller egendom kan Marknadsdomstolen förbjuda honom att fortsätta med det. Förbudet får även avse annan liknande vara eller tjänst med samma skaderisk. Som angetts ovan är en vara felaktig enligt konsumentköplagen om den sålts i strid mot ett förbud enligt 6 § produktsäkerhetslagen.

I 18 § punkten 1 ovan nämns också 17 § marknadsföringslagen. Där föreskrivs i första stycket att en näringsidkare som marknadsför sådana produkter som är avsedda att användas av konsumenter för privat bruk och som är uppenbart otjänliga för sitt huvudsakliga ändamål får förbjudas att fortsätta med det. I paragrafens andra stycke föreskrivs att om det behövs för att motverka marknadsföring som avses i första stycket får också en näringsidkare som tillverkar, importerar eller an-

nars marknadsför produkten till andra näringsidkare förbjudas att fortsätta med det.

13.3 Konsumenttjänstlagen (1985:716)

I konsumenttjänstlagen meddelas föreskrifter om avtal om tjänster som näringsidkare i sin yrkesmässiga verksamhet utför åt konsumenter huvudsakligen för enskilt ändamål.

I 9 § första stycket 2 föreskrivs att tjänsten skall anses felaktig om resultatet avviker från sådana föreskrifter eller myndighetsbeslut som väsentligen syftar till att säkerställa att föremålet för tjänsten är tillförlitligt från säkerhetssynpunkt.

I 9 § andra stycket föreskrivs att tjänsten skall också anses felaktig bl.a. om den utförts i strid mot förbud enligt 6 § produktsäkerhetslagen eller 17 § marknadsföringslagen (ang. dessa paragrafer se under 13.2).

14 Miljöområdet

14.1 Miljöskyddslagen (1969:387)

Miljöskyddslagen är tillämplig på utsläppande av avloppsvatten, fast ämne eller gas från mark, byggnad eller anläggning i vattendrag, sjö eller annat vattenområde. Lagen är vidare tillämplig på användning av mark, byggnad eller anläggning på sätt som eljest kan medföra förorening av mark, av vattendrag, sjö eller annat vattenområde eller av grundvatten. Lagen är också tillämplig på användning av mark, byggnad eller anläggning på sätt som kan medföra störning för omgivningen genom luftföroreningar, buller, skakning, ljus eller annat sådant, om störningen inte är helt tillfällig. De här nämnda föreskrifterna finns i 1 §.

I 5 § föreskrivs att den som utövar eller ämnar utöva miljöfarlig verksamhet skall vidta de skyddsåtgärder, tåla den begränsning av verksamheten och iaktta de försiktighetsmått i övrigt som skäligen kan fordras för att förebygga eller avhjälpa olägenhet. Skyldigheten att avhjälpa olägenheter kvarstår även efter det att verksamheten har upphört.

Enligt 9 § kan Koncessionsnämnden för miljöskydd på ansökan av den som utövar eller ämnar utöva miljöfarlig verksamhet lämna tillstånd till verksamheten efter prövning enligt denna lag.

I ett tillståndsbeslut skall noggrant anges den miljöfarliga verksamhet som tillståndet avser och de villkor som skall gälla. Om särskilda

skäl föreligger får tillstånd lämnas för begränsad tid (18 § första stycket).

I 10 § finns bestämmelser om att regeringen får meddela föreskrifter om att t.ex. avloppsvatten av viss mängd, art eller sammansättning inte får släppas ut och att vissa slag av inrättningar eller deras användning inte får ändras på ett sätt som kan medföra ökad eller ny olägenhet eller som i annat avseende är av betydelse från störningssynpunkt.

I 38 § första stycket föreskrivs att Statens naturvårdsverk, länsstyrelserna samt den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet utövar tillsynen över miljöfarlig verksamhet. I paragrafens andra stycke anges att Naturvårdsverket har den centrala tillsynen, samordnar tillsynsverksamheten och lämnar vid behov bistånd i denna verksamhet. Länsstyrelsen utövar tillsyn över sådan miljöfarlig verksamhet som kräver bl.a. tillstånd enligt 10 §.

Vidare finns i 38 § föreskrifter om tillsyn på lokal nivå som utövas av kommunal nämnd eller kommunala nämnder.

14.2 Hälsoskyddslagen (1982:1080)

Med hälsoskydd avses enligt 1 § hälsoskyddslagen åtgärder för att hindra uppkomsten av sanitära olägenheter och för att undanröja sådana olägenheter. Med sanitär olägenhet avses i lagen en störning som kan vara skadlig för människors hälsa och som inte är ringa eller helt tillfällig.

Av förarbetena till lagen (prop. 1981/82:219, s. 55) framgår att samtliga åtgärder som har till syfte att förhindra att en sanitär olägenhet uppkommer eller att undanröja en sådan olägenhet faller under begreppet hälsoskydd. Med åtgärder avses såväl ett aktivt handlande som en underlåtenhet att handla eller en inskränkning i ett handlande.

Angående de störningar som faller utanför definitionen av sanitär olägenhet, dvs. störningar som är att anse som ringa eller tillfälliga, anfördes följande i nämnda proposition, s. 56.

Frågan om huruvida en störning skall anses vara ringa eller ej är beroende av hur människor i allmänhet uppfattar störningen. Härvidlag kan det finnas betydande skillnader mellan olika människor. Många människor lider av överkänslighetsreaktioner. Störningar som ger upphov till sådana reaktioner hos många människor kan betraktas som sanitär olägenhet. Ett hänsynstagande till människor som är något känsligare än "normalt" skall alltså göras vid bedömningen av vad som är sanitär olägenhet. Vidare skall helt tillfälliga störningar inte räknas som sanitär olägenhet. Detta innebär att en

störning måste ha en viss varaktighet för att anses som sanitär olägenhet. Hit räknas förutom fasta störningar även regelbundna störningar samt störningar som återkommer vid flera tillfällen om än inte med någon regelbundenhet.

I 2 § första stycket hälsoskyddslagen föreskrivs att varje kommun svarar för hälsoskyddet inom kommunen samt att kommunen vid sin planering skall verka för att hälsoskyddet tillgodoses.

I varje kommun skall det finnas en eller flera nämnder som skall fullgöra kommunens uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet (4 § första stycket första meningen).

För att förhindra uppkomsten av sanitär olägenhet och för att undanröja sådan olägenhet skall ägaren eller nyttjanderättshavaren till berörd egendom vidta de åtgärder som skäligen kan krävas (6 § första stycket). Närmare bestämmelser om detta ges i 7–11 §§. Således föreskrivs bl.a. i 7 § första stycket att avloppsvatten skall avledas, renas eller på annat sätt tas om hand så att sanitär olägenhet inte uppkommer. För detta ändamål skall lämpliga avloppsanordningar inrättas.

Kommunal nämnd som skall fullgöra kommunens uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet utövar den omedelbara tillsynen inom kommunen över efterlevnaden av lagen och bestämmelser meddelade med stöd av lagen. Inom länet utövas tillsynen av länsstyrelsen. Den centrala tillsynen utövas av Socialstyrelsen och Statens naturvårdsverk enligt regeringens bestämmande (15 § första stycket).

14.3 Plan- och bygglagen (1987:10)

I 1 kap. 1 § plan- och bygglagen (PBL) framhålls att denna lag innehåller bestämmelser om planläggning av mark och vatten och om byggnad. Bestämmelserna syftar till att – anges det vidare i paragrafen – med beaktande av den enskilda människans frihet främja en samhällsutveckling med jämlika och goda sociala levnadsförhållanden och en god och långsiktigt hållbar livsmiljö för människorna i dagens samhälle och för kommande generationer.

Det är enligt 1 kap. 2 § en kommunal angelägenhet att planlägga användningen av mark och vatten. I varje kommun skall det enligt 7 § samma kapitel finnas en eller flera nämnder som skall fullgöra kommunens uppgifter inom plan- och byggnadsväsendet och ha det närmaste inseendet över byggnadsverksamheten.

I 2 kap. finns bestämmelser om allmänna intressen som skall beaktas vid planläggning och vid lokalisering av bebyggelse. I 2 § första stycket detta kapitel anförs att planläggning skall, med beaktande av

natur- och kulturvärden, främja en ändamålsenlig struktur av bebyggelse, grönområden, kommunikationsleder och andra anläggningar. Även en från social synpunkt god livsmiljö, goda miljöförhållanden i övrigt samt en långsiktigt god hushållning med mark och vatten och med energi och råvaror skall främjas. Vidare skall enligt paragrafen hänsyn tas till förhållanden i angränsande kommuner.

I 2 kap. 3 § talas det om hälsa (första stycket punkten 1). Där föreskrivs att bebyggelse skall lokaliseras till mark som är lämpad för ändamålet med hänsyn till de boendes och övrigas hälsa. I samma stycke (punkten 4) anges vidare att bebyggelse skall lokaliseras till mark som är lämpad för ändamålet med hänsyn till möjligheterna att förebygga vatten- och luftföroreningar samt bullerstörningar.

I 2 kap. 4 § första stycket punkten 1 föreskrivs att inom områden med sammanhållen bebyggelse skall bebyggelsemiljön utformas med hänsyn till behovet av skydd mot uppkomst och spridning av brand samt mot trafikolyckor och andra olyckshändelser.

I 3 kap. uppställs krav på byggnader m.m. I 3 kap. 2 § föreskrivs således bl.a. att byggnader skall placeras och utformas så att de eller deras avsedda användning inte inverkar menligt på trafiksäkerheten eller på annat sätt medför fara eller betydande olägenheter för omgivningen. I 15 § första stycket anges att tomter som tas i anspråk för bebyggelse skall anordnas på ett sätt som är lämpligt med hänsyn till stads- eller landskapsbilden och till natur- och kulturvärdena på platsen. Dessutom skall bl.a. tillses att risken för olycksfall begränsas och att betydande olägenheter för trafiken inte uppkommer.

PBL:s femte kapitel gäller detaljplan och områdesbestämmelser. Det föreskrivs (5 kap. 7 § första stycket punkten 11) att det i detaljplanen får meddelas bestämmelser om skyddsanordningar för att motverka störningar från omgivningen och, om det finns särskilda skäl, högsta tillåtna värden för störningar genom luftförorening, buller skakningar, ljus eller annat sådant som prövas enligt miljöskyddslagen (1969:387).

I 5 kap. 18 § andra stycket föreskrivs att en miljökonsekvensbeskrivning enligt 5 kap. lagen (1987:12) om hushållning med naturresurser m.m. skall upprättas, om detaljplanen medger en användning av mark eller av byggnader eller andra anläggningar som innebär betydande påverkan på miljön, hälsan eller hushållningen med naturresurser.

I 12 kap. meddelas bestämmelser om statlig kontroll beträffande områden av riksintresse m.m. I 12 kap. 1 § framhålls bl.a. att länsstyrelsen skall pröva kommunens beslut att anta, ändra eller upphäva en detaljplan eller områdesbestämmelser, om det kan befaras att beslutet

innebär att en bebyggelse blir olämplig med hänsyn till de boendes och övrigas hälsa eller till behovet av skydd mot olyckshändelser.

- Frågor om tillsyn regleras i 1 kap. Således föreskrivs i 1 kap. 8 § att
- länsstyrelsen har tillsyn över plan- och byggnadsväsendet i länet och skall samverka med kommunerna i deras planläggning och att
 - Boverket har den allmänna uppsikten över plan- och byggnadsväsendet i riket.

14.4 Renhållningslagen (1979:596)

I 3 § renhållningslagen finns en allmän aktsamhetsregel. Där föreskrivs bl.a. att avfall skall hanteras på sådant sätt att det inte uppkommer olägenhet från hälsoskydds- och miljövårdssynpunkt.

Varje kommun skall svara för att hushållsavfall inom kommunen forslas till behandlingsanläggning i den utsträckning som behövs för att tillgodose såväl hälsoskydds- och miljövårdskrav som enskilda intressen. Detta föreskrivs i 4 §. Vidare anges i denna paragraf bl.a. att när kommunen planlägger och beslutar hur den skyldighet som åligger den skall fullgöras skall hänsyn tas till fastighetsinnehavarnas möjligheter att själva ta hand om avfallet på ett från hälsoskydds- och miljövårdssynpunkt godtagbart sätt.

Regeringen kan meddela föreskrifter om att annan än kommun skall svara för renhållning. Detta innebär möjligheter att meddela föreskrifter om producentansvar för renhållning. Det gäller t.ex. ansvar för producenter att återvinna förpackningar som producerats (6 a och 6 b §§).

För varje kommun skall finnas en renhållningsordning som skall innehålla kommunens föreskrifter om avfallshantering och en avfallsplan (9 § första stycket).

Tillsynen över efterlevnaden av renhållningslagen och med stöd av lagen meddelade föreskrifter utövas inom kommunen av den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Detta gäller om inte regeringen bestämmer annat. Länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Statens naturvårdsverk har den centrala tillsynen. Dessa föreskrifter om tillsyn finns i 21 §.

14.5 Lagen (1988:868) om brandfarliga och explosiva varor

Lagen om brandfarliga och explosiva varor är en säkerhetsinriktad lagstiftning. Denna lag gäller hantering och import av brandfarliga och

explosiva varor. Lagens syfte är att hindra att sådana varor orsakar brand eller explosion som inte är avsedd samt att förebygga och begränsa skador på liv, hälsa eller egendom genom brand eller explosion vid hantering av sådana varor (1 §).

Den som hanterar eller importerar explosiva varor och den som yrkesmässigt eller i större mängd hanterar brandfarliga varor skall ha tillstånd till det (11 § första stycket).

Frågor om tillstånd beträffande brandfarliga varor som rör annan än Försvarmakten eller Försvarets materielverk prövas av den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom plan- och byggnadsväsendet. Frågor om tillstånd i övrigt prövas, enligt vad regeringen närmare föreskriver, av Sprängämnesinspektionen eller polismyndigheten (13 §).

Sprängämnesinspektionen utövar den centrala tillsynen över efterlevnaden av denna lag samt de föreskrifter och villkor som meddelats med stöd av lagen (16 § första stycket). På det lokala planet utövas tillsynen, om inte regeringen föreskriver något annat, av kommunens räddningsnämnd i fråga om brandfarliga varor och av polismyndigheten i fråga om explosiva varor (16 § andra stycket).

14.6 Strålskyddslagen (1988:220)

Syftet med strålskyddslagen är att människor, djur och miljö skall skyddas mot skadlig verkan av strålning (1 §).

Enligt 5 § strålskyddslagen avses med verksamhet med strålning bl.a. tillverkning, införsel, utförsel, transport, saluförande, överlåtelse, upplåtelse, förvärv, innehav och användning av eller annan därmed jämförlig befattning med radioaktiva ämnen samt användning av eller annan därmed jämförlig befattning med tekniska anordningar som kan alstra strålning.

Vissa allmänna skyldigheter meddelas i 6 §. Det föreskrivs bl.a. att den som bedriver verksamhet med strålning skall med hänsyn till verksamhetens art och de förhållanden under vilka den bedrivs vidta de åtgärder och iaktta de försiktighetsmått som behövs för att hindra eller motverka skada på människor, djur och miljö.

I 13 § första stycket föreskrivs att den som bedriver eller har bedrivit verksamhet med strålning skall svara för att det i verksamheten uppkomna radioaktiva avfallet hanteras och, när det behövs, slutförvaras på ett från strålskyddssynpunkt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller kasserade strålkällor som använts i verksamheten.

Tillstånd krävs för att bl.a. tillverka, till landet införa, transportera, saluföra, överlåta, förvärva, inneha eller använda ett radioaktivt ämne

(20 § punkten 1). Frågor om tillstånd prövas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (22 §).

I samband med att ett tillstånd meddelas eller under tillståndets giltighetstid får tillståndsmyndigheten meddela sådana villkor för tillståndet som behövs med hänsyn till strålskyddet (26 §).

Tillsynen över efterlevnaden av strålskyddslagen och av föreskrifter eller villkor som meddelats med stöd av lagen utövas av den eller de myndigheter som regeringen bestämmer (29 §). Enligt 15 § strålskyddsförordningen (1988:293) utövar Statens strålskyddsinstitut tillsynen över efterlevnaden av strålskyddslagen och av föreskrifter eller villkor som har meddelats med stöd av lagen.

14.7 Lagen om kärnteknisk verksamhet (1984:3)

Med kärnteknisk verksamhet avses bl.a. drift av kärnteknisk anläggning och hantering, bearbetning, transport av eller annan befattning med kärnämne eller kärnavfall (1 §). Med kärnteknisk anläggning avses bl.a. kärnkraftsreaktor (2 §).

Enligt 3 § skall kärnteknisk verksamhet bedrivas på sådant sätt att bl.a. kraven på säkerhet tillgodoses och de förpliktelser uppfylls som följer av Sveriges överenskommelser i syfte att förhindra spridning av kärnvapen och obehörig befattning med kärnämne och sådant kärnavfall som utgörs av använt kärnbränsle (3 §).

Säkerheten vid kärnteknisk verksamhet skall upprätthållas genom att de åtgärder vidtas som krävs för att förebygga fel i eller felaktig funktion hos utrustning, felaktigt handlande eller annat som kan leda till en radiologisk olycka och förhindra olovlig befattning med kärnämne eller kärnavfall (4 § första stycket).

För kärnteknisk verksamhet krävs tillstånd enligt denna lag. Frågor om tillstånd prövas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (5 § första stycket).

Tillsynen över efterlevnaden av denna lag och villkor eller föreskrifter som meddelats med stöd av lagen samt övervakning och kontroll av slutförvar utövas av den myndighet som regeringen bestämmer. Detta föreskrivs i 16 §. Enligt förordningen (1984:14) om kärnteknisk verksamhet åligger det Statens kärnkraftsinspektion att fullgöra dessa uppgifter (22 § första stycket).

14.8 Lagen (1985:426) om kemiska produkter

Syftet med lagen om kemiska produkter är att förebygga att skador på människors hälsa eller i miljön förorsakas av kemiska ämnens inneboende egenskaper (1 §). Den som hanterar eller importerar en kemisk produkt skall vidta de åtgärder och iaktta de försiktighetsmått i övrigt som behövs för att hindra eller motverka skada på människor eller i miljön. Därvid skall sådana kemiska produkter undvikas som kan ersättas med mindre farliga produkter (5 § första stycket).

Vidare föreskrivs i 6 § att det åligger särskilt den som tillverkar eller importerar en kemisk produkt att genom egna undersökningar eller på annat sätt se till att det finns tillfredsställande utredning för bedömning av vilka hälso- eller miljöskador som produkten kan orsaka. Utredningen skall vara gjord i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 § första stycket).

Lagens innehåll preciseras i tillämpningsföreskrifter – i första hand i förordningen (1985:835) om kemiska produkter. Olika bestämmelser om tillstånd m.m. gäller beroende på produktens farlighetsklass.

För kemikaliekontrollen finns en fristående myndighet; Kemikalieinspektionen. Enligt 1 § förordningen (1988:525) med instruktion för Kemikalieinspektionen är inspektionen central förvaltningsmyndighet för ärenden om hälso- och miljörisker med kemiska produkter, i den mån inte någon annan myndighet har denna uppgift.

Tillsynen över efterlevnaden av lagen om kemiska produkter samt föreskrifter och villkor som har meddelats med stöd av lagen skall utövas av den eller de myndigheter som regeringen bestämmer. Av förordningen om kemiska produkter framgår (26 §) att den centrala tillsynen över efterlevnaden av lagen och över föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen skall utövas av Kemikalieinspektionen, Statens naturvårdsverk, Arbetarskyddsstyrelsen, Boverket och Statens livsmedelsverk. I förordningen anges det tillsynsområde som varje myndighet har. Den regionala och lokala tillsynen är också uppdelad på ett flertal myndigheter på sätt som närmare anges i 26 § förordningen.

Kemikommittén avlämnade i juni 1997 betänkandet En hållbar kemikaliepolitik (SOU 1997:84). Kommittén formulerar i betänkandet en ny typ av mål jämfört med traditionella miljömål. Målen har riktats in på de ämnen som företag och konsumenterna skall styra bort från och byta ut. Målen skall vidare bl.a. utgöra grunden för den politik Sverige skall driva nationellt, inom EU och internationellt. Ett av de mål som kommittén föreslår är att företagen år 2002 skall innehållsdeklarera sina varor så att konsumenterna kan göra medvetna val.

14.9 Lagen (1982:821) om transport av farligt gods

Vid transport av farligt gods skall enligt 8 § lagen om transport av farligt gods de åtgärder vidtas och den försiktighet iakttas som fordras för att hindra eller motverka att det farliga godset orsakar skador på människor, djur, egendom och i miljön. Transportmedel och andra transportanordningar skall vara av sådan beskaffenhet att de står emot påkänningarna vid transport.

I lagens andra paragraf räknas upp vad som skall förstås med farligt gods enligt lagen. Ett betydande antal typer av gods räknas upp – bl.a. explosiva varor, brandfarliga vätskor, brandfarliga fasta varor, organiska peroxider, giftiga varor, varor med benägenhet att orsaka infektioner, radioaktiva varor och frätande varor. Lagen gäller för främst fordon i vägtrafik och järnvägstrafik samt för luftfartyg och fartyg. Vad gäller fartyg finns närmare avgränsningar i lagen. Till lagen finns en särskild förordning – förordningen (1982:923) om transport av farligt gods. I den meddelas närmare bestämmelser för tillämpningen av lagen.

Tillsynen över efterlevnande av lagen om transport av farligt gods och med stöd av lagen meddelade föreskrifter regleras i 25 § förordningen om transport av farligt gods. Tillsynsmyndigheter är Sjöfartsverket, Luftfartsverket, Polismyndigheterna, Sprängämnesinspektionen, Tullmyndigheterna och Banverket. Vilket tillsynsområde varje myndighet har anges i förordningen.

14.10 Förslag till miljöbalk

I proposition 1997/98:45 har regeringen i december 1997 föreslagit införandet av en miljöbalk. Målet med miljöbalken är bl.a. att trygga en hållbar utveckling och att tillförsäkra levande och kommande generationer en hälsosam och god livsmiljö.

Av de lagar inom miljöområdet som ovan redogjorts för är avsikten att miljöskyddslagen, hälsoskyddslagen, renhållningslagen och lagen om kemiska produkter skall arbetas in i miljöbalken tillsammans med ett flertal andra lagar som här inte har beskrivits. De ovan redovisade lagar som avses ingå i miljöbalken kommer dock att gälla ännu en tid. Miljöbalken föreslås träda i kraft den 1 januari 1999.

15 EG:s miljödirektiv

EG har antagit miljödirektiv rörande natur, vatten, luft, avfall och kemikalier. Dessa direktiv kan antingen vara av mer teknisk karaktär, t.ex. omfatta frågor om skydds krav för olika miljöfarliga verksamheter eller kemikalier, eller mer utformade som gränsvärden för vad miljön i olika avseenden får utsättas för i fråga om föroreningar av olika slag – s.k. miljö kvalitetsnormer. De kan också vara mera allmänt formulerade, t.ex. avse krav på utredning av miljö effekter – s.k. miljö konsekvensbeskrivningar – av vissa större projekt eller krav på tillståndsplikt för verksamheter av visst slag (källa; Miljöskyddslagen, Handbok i miljö rätt, Bjällås-Rahmn, 1996).

Varje land är skyldigt att transformera innehållet i direktivet till egen lagstiftning. Om direktivet är ett s.k. minimidirektiv kan det bli fråga om att lagstiftningen blir strängare än direktivet. Det har under senare år tillkommit ett flertal bemyndiganden genom vilka ett stort antal föreskrifter har införts i svensk miljölagstiftning. I första hand utgörs dessa föreskrifter av EG-direktiv transformerade till svenskt juridiskt språkbruk.

16 Trafiksäkerhetsområdet

Riksdagens trafiksäkerhetsmål antogs första gången år 1982 och har sedan dess bekräftats av riksdagen åren 1988 och 1993. Målen är följande.

- Det totala antalet dödade och skadade i trafiken skall fortlöpande minskas.
- Risken att dödas och skadas i trafiken skall fortlöpande minskas för alla trafikantkategorier.
- Risken att dödas och skadas i trafiken skall minskas i högre grad för de oskyddade trafikanterna än för de skyddade. Barnens problem skall särskilt beaktas (källa; Ds 1977:13, På väg mot det trafiksäkra samhället, s. 32).

Som framgått av betänkandet (avsnitt 4.4.2) har riksdagen i oktober 1997 beslutat om en s.k. 0-vision som innebär att ingen långsiktigt skall avlida eller skadas svårt i vägtrafiken.

Den myndighet som är närmast ansvarig för arbetet med att uppnå dessa mål är Vägverket. Detta verk är central förvaltningsmyndighet med ett samlat ansvar, sektorsansvar, för hela vägtransportsystemet (1 § första stycket förordningen – 1997:652 – med instruktion för Vägverket).

På trafikområdet finns många författningar av större eller mindre betydelse för trafiksäkerheten. Till de viktigaste författningarna hör bl.a. vägtrafikkungörelsen (1972:603), fordonskungörelsen (1972:595) och körkortslagen (1977:477).

Vägtrafikkungörelsen innehåller ett stort antal bestämmelser som har som direkt eller indirekt syfte att åstadkomma en ordnad och säker trafik. Det skulle föra för långt att ens på ett övergripande sätt försöka beskriva alla dessa regler. Vad som dock bör återges är de grundregler som finns i 5 §. Där anförs att vägtrafikanter skall iaktta den omsorg och varsamhet som till förekommande av trafikolycka betingas av omständigheterna. Han skall uppträda så, att han ej onödigtvis hindrar eller stör trafiken. Vidare anges i paragrafen att vägtrafikanter skall även i övrigt visa hänsyn mot andra vägtrafikanter och dem som bor eller uppehåller sig vid vägen.

Fordonskungörelsen gäller fordons beskaffenhet och utrustning och kontroll av fordon (1 § första stycket). Även denna författning innehåller ett stort antal bestämmelser som har som direkt eller indirekt syfte att främja trafiksäkerheten. Det skulle också här föra för långt att ens på ett övergripande sätt försöka beskriva alla dessa regler. Men i denna kungörelse finns liksom i vägtrafikkungörelsen vissa grundregler. Således föreskrivs i 7 § första stycket bl.a. att fordon får brukas i trafik endast om fordonet är tillförlitligt från säkerhetssynpunkt och i övrigt lämpligt för trafik.

Körkortslagen innehåller bestämmelser om bl.a. förarprov (13 och 14 §§). Förarprovet avser sökandens kunskaper om trafiksäkerhetsfrågornas betydelse och trafikolyckornas orsaker, omfattning och karaktär. Vidare avser provet sökandens kunskaper om gällande trafikföreskrifter, den verkan från trafiksäkerhetssynpunkt som sjukdom, uttrötning och stimulerande eller bedövande ämnen, särskilt alkoholhaltiga drycker och narkotika, medför på den mänskliga organismen. Förarprovet avser också bl.a. sökandens förmåga att i landsvägs- och gatutrafik föra fordon av det slag ansökan avser och sökandens sinneshälsa och omdömesförmåga.

I 16 § 1 - 9 anges de fall när återkallelse av körkort kan komma i fråga. Vidare finns i lagen regler om spärrtid, varning och omhändertagande av körkort (21, 22 respektive 23 §).

I 2 § körkortsförordningen (1977:722) anges att Vägverket är central körkortsmyndighet och länsstyrelserna regionala körkortsmyndigheter. Körkort utfärdas av Vägverket. Länsstyrelserna prövar enligt 39 § körkortslagen frågor om återkallelse av bl.a. körkort.

I väglagen (1971:948) finns också regler som gäller trafiksäkerhet. Det föreskrivs i 4 § att vid väghållning skall tillbörlig hänsyn tas till

enskilda och allmänna intressen, såsom bl.a. trafiksäkerhet. Med väghållning avses byggande av väg och drift av väg.

Som angetts ovan under punkten 14.3 finns i plan- och bygglagen vissa bestämmelser som handlar om allmänna intressen som skall beaktas vid planläggning och vid lokalisering av bebyggelse. Det föreskrivs i 2 kap. 4 § första tycket punkten 1 att inom områden med sammanhållen bebyggelse skall bebyggelsemiljön utformas med hänsyn till behovet av skydd mot bl.a. trafikolyckor och andra olyckshändelser.