

Regeringens skrivelse

2005/06:205

Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och
hållbar tillväxt

Skr.
2005/06:205

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 18 maj 2006

Bosse Ringholm

Morgan Johansson
(Socialdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

Skrivelsen utgör en första uppföljning av den folkhälsopolitik som år 2002 redovisades i propositionen Mål för folkhälsan. Efter förslag i propositionen antogs det övergripande nationella målet för folkhälsa, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att människor oavsett kön, klasstillhörighet, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder skall ges samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.

Hälsoläget i Sverige är gott i genomsnitt men det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället som bör uppmärksammas. Dessa skillnader har negativa konsekvenser, både för enskilda personer och för samhället i sin helhet, i det senare fallet bl.a. genom att ohälsa ofta leder till ekonomiska effekter som begränsar tillväxten.

Regeringen bedömer att det finns ett positivt samband mellan god hälsa och tillväxt. Det finns därför ett samband mellan folkhälsopolitiken och politiken för en hållbar utveckling samt politiken för en ökad tillväxt.

Utvecklingen inom folkhälsopolitikens elva målområden redovisas i denna skrivelse utifrån s.k. bestämningsfaktorer för hälsa. Bestämningsfaktorer är de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. De har koppling till många olika politikområden varför det krävs ett sektorsövergripande arbetssätt för att förbättra förutsättningarna för hälsa. De bestämningsfaktorer som presenteras i skrivelsen har valts utifrån sakkunskap som tagits fram av Statens folkhälsoinstitut i samarbete med övriga berörda myndigheter. Utvecklingen av bestämningsfaktorerna redovisas utifrån indikatorer som även de fastställts av Statens folkhälsoinstitut. Dessutom redovisas i denna skrivelse insatser som gjorts och som påverkar olika bestämningsfaktorer.

I skrivelsen aviserar regeringen att valet av bestämningsfaktorer och indikatorer i vissa fall bör ses över av Statens folkhälsoinstitut mot bakgrund av den kunskapsutveckling som sker. Översynen bör ske i samråd med berörda myndigheter. Skr. 2005/06:205

1	Ärendet och dess beredning.....	4
2	Utgångspunkter för den svenska folkhälsopolitiken	6
2.1	Ojämlikheten i hälsa måste motverkas	6
2.2	En god folkhälsa främjar en hållbar tillväxt	10
2.3	En god folkhälsa är en förutsättning för hållbar utveckling.....	12
2.4	Den svenska folkhälsopolitiken ligger fast.....	14
3	Hälsoläget	17
4	Utvecklingen inom folkhälsopolitikens målområden.....	26
4.1	Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället.....	26
4.2	Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet	47
4.3	Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor	70
4.4	Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet	86
4.5	Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter	95
4.6	Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård	112
4.7	Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning	118
4.8	Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.....	132
4.9	Målområde 9 och 10: Ökad fysisk aktivitet och Goda matvanor och säkra livsmedel.....	140
4.10	Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.....	171
4.11	Bekämpning av mäns våld mot kvinnor	185
5	Genomförande av folkhälsopolitiken	189
5.1	Aktörer	189
5.2	Forskning och utveckling.....	205
6	Framtida insatser	206
6.1	Hälsokonsekvensbedömningar och lokala välfärdsbokslut.....	206
6.2	Ekonomisk utvärdering av folkhälsoarbete	210
6.3	Utveckling av målområden, bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder	211
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 maj 2006	216

På förslag av regeringen i propositionen Mål för folkhälsan fattade riksdagen våren 2003 beslut om elva målområden som skall gälla inom folkhälsopolitiken (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). I propositionen anförde regeringen att det inför den framtida uppföljningen och utvärderingen av det övergripande folkhälsomålet och de föreslagna målområdena behövs en samlad folkhälsorapportering som gör det möjligt att analysera och bedöma effekterna av insatserna inom de elva målområdena (prop. 2002/03:35, s. 89–91). Genom 2004 års regleringsbrev uppdrogs därför till Statens Folkhälsoinstitut att utarbeta en folkhälsopolitisk rapport. Institutet inkom den 5 oktober 2005 med Folkhälsopolitisk rapport 2005. Rapporten har remissbehandlats. En sammanställning av remissvaren finns i Socialdepartementet (dnr S2005/7557/FH) Förslagen behandlas i avsnitt 4.

Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag lämnat förslag på vilka indikatorer och i vissa fall delmål som bör ingå i ett nationellt utvärderings- och uppföljningssystem för det samlade folkhälsoarbetet. Institutet inkom den 31 mars 2003 med rapporten Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet. Rapporten har remissbehandlats. En sammanställning av remissvaren finns i Socialdepartementet (dnr S2003/3223/FH).

Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag genomfört en fördjupad kvantitativ och kvalitativ analys ur ett jämställdhetsperspektiv av folkhälsopolitikens bestämningsfaktorer inom folkhälsopolitikens samtliga elva målområden. Institutet inkom den 31 januari 2005 med en delredovisning om målområdena 7 till 11 (dnr S2005/797/FH) och den 25 maj 2005 med en slutredovisning om målområdena 1 till 6 (dnr S2005/4458/FH).

Ungdomsstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag identifierat och utformat indikatorer i syfte att följa upp utvecklingen av ungdomars levnadsvillkor samt följt upp befintliga indikatorer inom området. Redovisningarna inkom till Socialdepartementet i månadskiftet maj/juni 2005 (dnr S2005/4603/FH).

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram sin sjätte nationella folkhälsorapport, Folkhälsorapport 2005 (dnr S2005/2557/FH). Rapporten utgör underlag till avsnitt 3.

Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag kartlagt hälsosituationen för s.k. HBT-personer med redovisningen Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation – Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer (dnr S2005/10569/FH). Redovisningen behandlas i avsnitt 4.1.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kartlagt sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (dnr S2005/7315/HS). Redovisningen behandlas i avsnitt 4.6.

Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Redovisningen har remissbehandlats. Remissvaren finns i Socialdepartementet (dnr S2005/1274/FH). Redovisningen utgör underlag till avsnitt 4.9.

Länsstyrelserna i Stockholms, Kalmar, Skåne, Värmlands, Dalarnas, Västernorrlands, Jämtlands och Norrbottens län har på regeringens upp-

drag identifierat sin roll inom folkhälsoområdet med utgångspunkt i mål på politikområdes-, verksamhetsområdes- och verksamhetsgrensnivå. I uppdraget ingick att länsstyrelserna skulle redovisa insatser som görs och planeras inom sina ansvarsområden och som bidrar till att det övergripande folkhälsomålet och målen inom de elva målområdena (prop. 2003/03:35) kan nås. Länsstyrelsernas rapporter inkom till Socialdepartementet i månadsskiftet augusti/september 2005 (dnr S2005/5543/FH, S2005/6410/FH, S2005/6534/FH, S2005/6549/FH, S2005/6550/FH, S2005/6576/FH, S2005/6585/FH samt S2005/6677/FH). Redovisningarna behandlas i avsnitt 5.1.

Socialstyrelsen, Lotteriinspektionen, Läkemedelsverket, Statens kulturråd och Kemikalieinspektionen har på regeringens uppdrag identifierat sin roll inom folkhälsoområdet med utgångspunkt i mål på politikområdes-, verksamhetsområdes- och verksamhetsgrensnivå. I uppdraget ingick att myndigheterna skulle redovisa insatser som görs och planeras inom sitt ansvarsområde och som bidrar till att det övergripande folkhälsomålet och målen inom de elva målområdena (prop. 2003/03:35) kan nås (dnr S2004/9736/FH, S2005/6536/FH, S2005/6444/FH, S2005/6510/FH, S2005/6577/FH, M2005/4541/Kk). Redovisningarna behandlas i avsnitt 5.1.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utvärderat tillämpningen av förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Uppdraget redovisades till Socialdepartementet den 28 maj 2003 (dnr S2003/5106/FH). Redovisningen behandlas i avsnitt 5.1.

Statens Folkhälsoinstitut och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap har på regeringens uppdrag utarbetat en lägesbeskrivning av svensk folkhälsoforskning i syfte att erhålla en kartläggning av pågående forskning och forskarmiljöer samt en utvärdering av svensk folkhälsoforskning. Uppdraget redovisades till Socialdepartementet den 1 mars 2004 (dnr S2004/1831/FH). Redovisningen behandlades i avsnitt 5.2.

Arbetsmarknadsstyrelsen, Statens räddningsverk och Integrationsverket har på regeringens uppdrag haft i uppdrag att utveckla metoder för hälso-konsekvensbedömning av insatser inom det egna verksamhetsområdet (dnr S2005/10182/FH, Fö2005/3104/CIV, S2006/850/FH). Redovisningarna behandlas i avsnitt 6.1.

Skrivelsen bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna.

2 Utgångspunkter för den svenska folkhälsopolitiken

Skr. 2005/06:205

2.1 Ojämlikheten i hälsa måste motverkas

Regeringens bedömning: Ojämlikheten i hälsa är den största utmaningen för det svenska folkhälsopolitiska arbetet. Även om det svenska samhället i grunden präglas av goda levnadsvillkor finns systematiska skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper och generationer, mellan kvinnor och män, mellan utrikes och inrikes födda, mellan funktionshindrade och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. En strävan att minska sådana skillnader bör även i fortsättningen vägleda det folkhälsopolitiska arbetet på alla samhällsnivåer så att var och en tillförsäkras rätten till hälsa utan diskriminerande åtskillnad.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som behandlar frågan instämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Exempelvis är *Svenska Röda korset* djupt oroad över den ökade segregationen i det svenska samhället och de allvarliga ohälsoproblem det leder till.

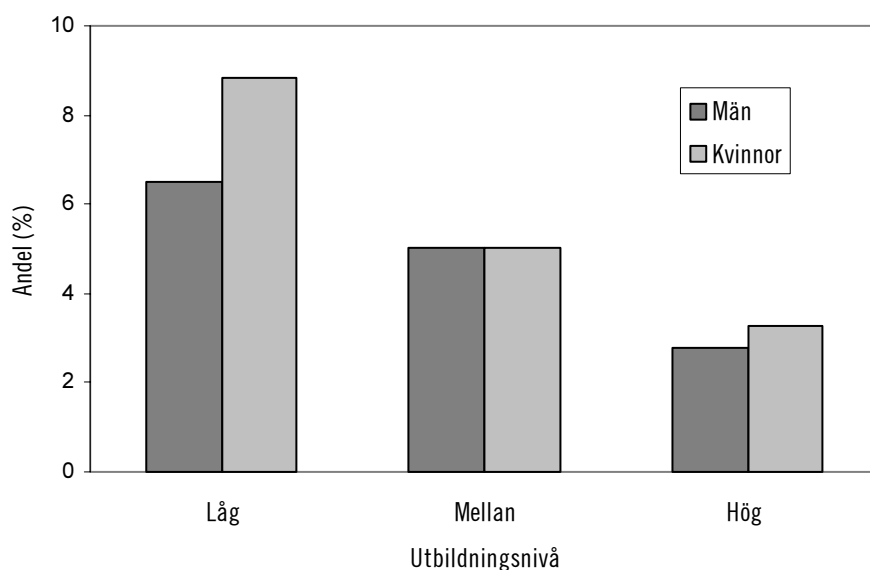
Skälen för regeringens bedömning: Folkhälsan är av stor betydelse för samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa ingår som en viktig del i arbetet för en god välfärd, ekonomisk tillväxt och ett hållbart Sverige. Allmänt sett har hälsan utvecklats positivt i Sverige. Befolkningen har blivit friskare och lever längre. Ökade kunskaper om folksjukdomars orsaker och utbredning, ökad medvetenhet om samhällsförhållandenas och levnadsvanornas betydelse för hälsan, ett intensifierat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete och en allt bättre hälso- och sjukvård har varit och är förutsättningar för en successivt förbättrad folkhälsa i Sverige.

Även om det svenska samhället i grunden präglas av goda levnadsvillkor finns systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper och generationer, mellan kvinnor och män, mellan utrikes och inrikes födda, mellan funktionshindrade och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Medan hälsan för befolkningen i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna har de relativa skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper förblivit oförändrat stora eller i några fall till och med ökat. Grupper som är mindre resursstarka, exempelvis de som har kortare utbildning, lägre inkomst, sämre boende och mindre möjligheter att påverka och vara delaktiga i samhället, har också sämre hälsa. Dessa systematiska skillnader beror på olika livsvillkor och levnadsvanor, inte på genetiska faktorer. Samhällets struktur kan också i sig vara den negativa faktor som utlöser ohälsa. I ett gott samhälle skall inte medborgarna leva under så olika villkor att konsekvenserna blir stora skillnader i livslängd och sjuklighet. En medveten folkhälsopolitik kan och bör förbättra villkoren för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och för tidig död.

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) gjorde regeringen Skr. 2005/06:205 bedömningen att ojämlikheten i hälsa måste motverkas. Regeringens bedömning i propositionen kvarstår och de skäl för bedömningen som presenterades är fortfarande relevanta. Ojämlikheten i hälsa är den största utmaningen för det svenska folkhälsopolitiska arbetet. Utgångspunkten för folkhälsopolitiska strävanden är alla människors lika värde. Rätten till hälsa är en mänsklig rättighet och var och en har rätt till bästa uppnåeliga fysiska och mentala hälsa. Varje individ skall ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar och ges möjligheter att nå den hälsa som är individuellt möjlig. Kvinnor och män oavsett klasstillhörighet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder skall ges samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor. En strävan att minska de ojämlika förutsättningarna för en god hälsa bör vägleda det folkhälsopolitiska arbetet på alla samhällsnivåer.

Ojämlikheten i hälsa kan åskådliggöras på många olika sätt. Det finns bl.a. tydliga samband mellan utbildningsnivå och hälsa samt mellan inkomst och hälsa.

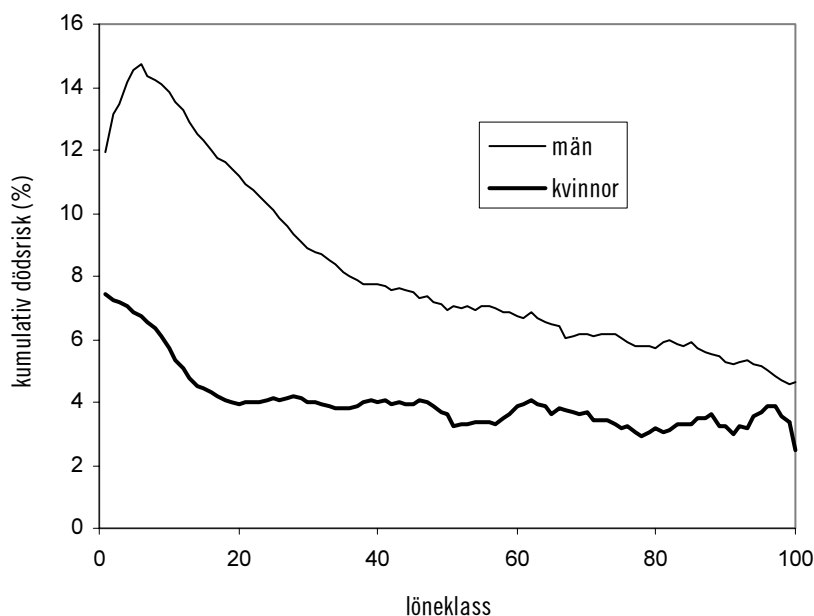
Figur 2.1 Andel av befolkningen över 15 år med dåligt hälsotillstånd efter utbildningsnivå åren 2002 och 2003



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF), SCB.

Andelen kvinnor och män med självskattad dålig hälsa är mer än dubbelt så hög bland dem med låg utbildningsnivå än bland dem med hög. Detta förklaras till viss del av att personer med kortare utbildning oftare är äldre, och därför upplever sig ha en dålig hälsa av den anledningen, medan personer med längre utbildning oftare är yngre. Inom gruppen med låg utbildningsnivå har kvinnor sämre hälsotillstånd än män. Hälsoskillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå tycks i stort sett vara oförändrade sedan början av 1980-talet.

Figur 2.2 Samband mellan löneinkomst 1990 och kumulativ dödsrisk under en tolv månaders period. Män och kvinnor födda perioden 1925–1960. Inkomsterna är uppdelade i 100 löneklasser där varje löneklass innehåller en procent av befolkningen i den studerade gruppen



Källa: Centre for Health and Equity Studies (CHESS), Stockholms Universitet/Karolinska Institutet.

Personer med högre inkomster har större resurser och därmed bättre möjligheter att undvika hälsorisker och leva ett hälsobefrämjande liv. För tidig död är vanligare bland de som har låg inkomst än bland dem med hög inkomst. Grupper med låg inkomst har dessutom oproportionerligt hög risk för en för tidig död i förhållande till grupper med högre inkomst, ett samband som är speciellt tydligt för män. Männens dödstal ligger på en högre nivå än kvinnornas, i alla åldrar och för de flesta dödsorsaker.

Sambanden mellan utbildningsnivå och hälsa samt mellan inkomst och hälsa är tydliga men det finns en lång rad ytterligare indikationer på att hälsan är ojämnt fördelad:

- Kvinnor uppger i intervjuer vanligen sämre hälsa än vad män gör i de flesta avseenden, medan för tidig död är vanligare bland män än bland kvinnor. Det framgår bl.a. av redovisningen ovan.
- Psykiska problem är ojämnt fördelade i en mängd dimensioner. Kvinnor uppger i högre grad än män besvär av ängslan, oro eller ångest. I Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökning av levnadsförhållanden (ULF) åren 2002 och 2003 uppgav 26 procent av kvinnorna och 16 procent av männen mellan 16 och 64 år sådana problem.
- Arbetssökande, ensamstående med barn och utrikesfödda har psykiska problem i större utsträckning än befolkningen i genomsnitt. I ULF åren 2002 och 2003 uppgav 37 procent av de arbetssökande kvinnorna mellan 16 och 64 år uppgav att de hade besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med 26 procent av samtliga kvinnor i den åldersgruppen.

- Allt fler studerar vid universitet och högskola vilket generellt leder till bättre hälsa på grund av sambandet mellan utbildningsnivå och hälsa som redovisas ovan. Fortfarande är dock personer med arbetarbakgrund underrepresenterade vid universitet och högskolor, vilket kan leda till sämre hälsa för denna grupp. Enligt ULF för åren 2002 och 2003 varierade andelen som vid 25 års ålder påbörjat en högskoleutbildning från 23 procent för barn till arbetare som inte är facklärd till 68 procent för barn till högre tjänstemän.
- Det stora flertalet ungdomar mår bra. Samtidigt ökar utsattheten och ohälsan i vissa ungdomsgrupper. Flickor i alla åldrar uppger i högre grad än pojkar att de mår dåligt. En ökande andel ungdomar upplever stress, huvudvärk, ångest, sömnbesvär och svårigheter att hantera vardagen. Enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI:s) undersökning av skolbarns hälsovanor ökade andelen 15-åriga flickor som uppger att de har psykiska besvär från knappt 40 procent år 1985 till nästan 60 procent år 2001.
- Homo- och bisexuella samt transpersoner har en sämre självrapporterad hälsa, både fysiskt och psykiskt, än befolkningen i övrigt. Exempelvis är andelen homo- och bisexuella kvinnor som rapporterar dåligt allmänt hälsotillstånd i FHI:s nationella folkhälsoenkät nästan tre gånger så hög (17 procent) som motsvarande andel i övriga befolkningen (6 procent).
- Funktionshindrade bedömer i många fall själva sitt hälsotillstånd som sämre än övriga grupper i samhället. Av SCB:s rapport Funktionshindrade 1988–1999 framgår att hälften av de svårt rörelsehindrade och de hjälpberoende bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt. Högst andel, 60 procent, återfinns bland svårt rörelsehindrade kvinnor mellan 25 och 64 år. Även bland diabetiker, mag- och tarmsjuka, personer med psykiska besvär och personer med nedsatt syn är andelarna höga, mellan 25 och 30 procent. Det skall jämföras med befolkningen som helhet där motsvarande andel är endast 5 procent.
- Utrikesfödda uppger sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Av samtliga utrikesfödda som ingick i ULF under perioden 1993–2000 rapporterade 37 procent av kvinnorna och 30 procent av männen att de upplevde någon form av hälsoproblem, vilket kan jämföras med 21 respektive 17 procent bland dem som är födda i Sverige.
- Arbetare har sämre hälsa än tjänstemän, det gäller både den egna självskattade hälsan och förekomsten av sjukdomar. I ULF åren 2002 och 2003 uppgav 10 procent av kvinnliga och 9 procent av manliga arbetare ett dåligt allmänt hälsotillstånd medan motsvarande värden för högre tjänstemän är 3 respektive 2 procent. Långvarig sjukdom rapporteras av 27 procent av kvinnliga och 19 procent av manliga arbetare medan detta endast gäller 11 respektive 9 procent av högre tjänstemän.
- För besvär orsakade av stress och andra psykiska påfrestningar på arbetsplatsen är förhållandet det omvända, dvs. tjänstemän redovisar mer besvär än arbetare. Enligt Arbetsmiljöverkets undersökning av arbetsorsakade besvär år 2005 rapporteras besvär orsakade av stress och andra psykiska påfrestningar av 15 procent av kvinnliga och 9 procent av manliga tjänstemän medan motsvarande andelar för arbetare är 10 procent för kvinnor och 6 procent för män.

Detta är några exempel på de ojämlika förutsättningar som råder när det gäller hälsans fördelning i befolkningen. I avsnitt 4 återkommer regeringen till hur förutsättningarna ser ut inom respektive målområde där frågan om hälsans ojämlika fördelning i befolkning utgör en integrerad del av redovisningen.

2.2 En god folkhälsa främjar en hållbar tillväxt

Regeringens bedömning: En god folkhälsa är en förutsättning för en hållbar tillväxt och bör bl.a. därför ges en central plats i relevanta politikområden. Främjandet av en god hälsa hos utsatta grupper är en investering för framtiden som ger utdelning för såväl individen som samhällsekonomin. Hälsa och livskvalitet förbättras för individen samtidigt som en befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbefinnande.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Ett flertal remissinstanser, bl.a. *SCB, Sigtuna kommun, Malmö kommun, Östersunds kommun, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Västra Götaland (Västragötalandsregionen), Landstinget i Jämtlands län, TCO, LO och Nationella Health Cities nätverket*, ställer sig positiva till att frågan om hälsa, som en viktig ekonomisk tillväxtfaktor, får en central plats i samhällsplaneringen.

Skälen för regeringens bedömning: Främjandet av en ekonomisk tillväxt som är långsiktigt hållbar är en viktig del av regeringens arbete för en hållbar utveckling (se även avsnitt 2.3). En politik för en hållbar tillväxt främjar ekonomisk tillväxt utan att de ekosystem som vi är beroende av äventyras samtidigt som de mänskliga resurserna värnas. En god folkhälsa är en förutsättning för en sådan tillväxt. En befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbefinnande och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg. Samtidigt skapar den ekonomiska utvecklingen utrymme för en förbättrad folkhälsa genom att hälsan hos utsatta grupper kan förbättras. En långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling kräver att detta ömsesidiga beroende mellan folkhälsa och tillväxt beaktas så att tillväxten inte sker på bekostnad av en försämrad folkhälsa. Det finns annars en risk för att det positiva och dubbelriktade samband som finns mellan hälsa och tillväxt bryts och att förutsättningarna för en hållbar tillväxt försämras.

Sambandet mellan människors hälsa och ekonomiska utveckling har haft stor betydelse i ett historiskt perspektiv och är fortfarande av stor betydelse. Sambandet är tydligast i utvecklingsländer där tillväxtproblemen är kopplade till ohälsa till följd av fattigdom, låg medellivslängd, hög barnadödlighet, infektionssjukdomar och epidemier som hiv/aids. Den industrialiserade delen av världen möter emellertid inte samma problem som utvecklingsländerna. Sjukdomarna har en annan karaktär i industriländer, där levnadsvanor spelar en viktigare roll för hälsan. Det gäller t.ex. alkohol-, tobaks- och överviktsrelaterade sjukdomar. Många av dessa kan påverkas av individerna själva, men i många fall behöver individernas

möjligheter att fatta hälsofrämjande beslut förbättras. Andra sjukdomar, t.ex. stressrelaterade sjukdomar eller psykisk ohälsa, är svårare att påverka för individen och där behöver det i stället skapas en hälsofrämjande omgivning. Skr. 2005/06:205

Hälsans betydelse för den ekonomiska tillväxten har kommit att uppmärksammas alltmer i den internationella debatten. En kommission med anknytning till Världshälsoorganisationen (WHO), Commission on Macroeconomics and Health, tog år 2001 fram rapporten Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development som behandlar behovet av att investera i hälsa för att få till stånd ekonomisk utveckling i utvecklingsländer. Under år 2005 färdigställdes en studie finansierad av den Europeiska kommissionen, The contribution of health to the economy in the European Union, som är inriktad på utvecklade länder. I Sverige har frågan bl.a. behandlats i Statens folkhälsoinstituts (FHI:s) Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) där en god hälsa lyfts fram som en viktig förutsättning för ekonomisk tillväxt. Slutsatserna i den europeiska rapporten och i FHI:s rapport är i stort sett samstämmiga och pekar på att hälsa är en viktig förutsättning för ekonomisk tillväxt på ett flertal sätt.

En förbättrad hälsa påverkar främst tillväxten genom ökad produktivitet. Människor som är vid god fysisk och psykisk hälsa utför arbetsuppgifterna på ett effektivare sätt, har lägre sjukfrånvaro och råkar ut för färre arbets-skador. De blir mindre sårbara för omställningar i arbetslivet och klarar påfrestningar på dagens flexibla och rörliga arbetsmarknad bättre. En annan viktig förutsättning för tillväxt och välfärd är ett ökat arbetskraftsutbud. Den kvantitativt viktigaste orsaken till att människor inte arbetar är bristande arbetsförmåga på grund av sjukdom, men arbetsutbudet påverkas även på andra sätt. Bättre hälsa påverkar tidpunkten för när individer väljer att gå i pension och sjuka personer kan behöva hjälp med vård hemma vilket påverkar arbetsutbudet för anhöriga. Insatser för att förebygga ohälsa har därför en nyckelroll när det gäller att säkra den framtida välfärden.

En god hälsa ökar även avkastningen på investeringar i humankapital, främst hos unga. En bättre hälsa hos barn ökar inlärningsförmågan och därmed den primära kunskapsnivån och möjligheterna att tillägna sig högre utbildning. Eftersom produktionen i den industrialiserade världen övergått till att bli mer kunskapsintensiv kan denna faktor antas spela en större roll i framtiden och öka möjligheten till innovationer som ger positiva effekter på tillväxten. Det är också rimligt att anta att en bättre folkhälsa ökar incitamenten till att överhuvudtaget utbilda sig eftersom individen kan förväntas njuta frukterna av utbildningen under en längre period. Sambandet mellan god hälsa och högre kunskapsnivå har påvisats i ett antal studier, men enligt författarna till den europeiska rapporten är ytterligare forskning på området angelägen.

Eftersom levnadsvanor spelar en större roll för de mönster av ohälsa som uppträder hos befolkningen i utvecklade länder har hälsofrämjande åtgärder som påverkar dessa vanor stor betydelse. Sådana åtgärder kan ge samma effekter som i en utvecklingsekonomi genom att öka tillgången på arbetskraft med färre sjuka och genom att höja kvaliteten på arbetskraften. Dessa åtgärder ger också positiva effekter genom att minska kostnaderna

för sjukvård och rehabilitering. Mer resurser kan då frigöras för att användas för annan verksamhet. Skr. 2005/06:205

På senare år har frågan om huruvida folkhälsoarbetet bidrar till att förstärka tillväxten i olika regioner i Sverige kommit att uppmärksammas (se även avsnitt 5.1). Det finns få studier i utvecklade länder om detta samband och ännu färre i ett svenskt regionalt perspektiv. FHI har under senare tid ökat engagemanget i regionala utvecklingsfrågor och inlett ett forskningssamarbete med Institutet för framtidsstudier. Enligt FHI visar preliminära resultat från gjorda studier visar att det finns ett starkt samband mellan en god hälsa och en god ekonomisk utveckling på regional nivå. Resultaten tyder också på att hälsa har en större betydelse för ekonomisk utveckling än tvärtom.

2.3 En god folkhälsa är en förutsättning för hållbar utveckling

Regeringens bedömning: Befolkningens hälsa är av stor betydelse för samhällsutvecklingen och bör ses som en del i arbetet för en hållbar tillväxt och utveckling. Förutsättningar för att nå såväl målen för hållbar utveckling i Sverige som det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är tvärsektoriellt långsiktigt agerande och investering i människors hälsa.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanser: Ett flertal remissinstanser har uttalat sig beträffande folkhälsans roll i arbetet med hållbar utveckling, bland andra *LO*, *TCO*, *Statistiska centralbyrån* samt ett antal kommuner och landsting. Dessa remissinstanser tillstyrker nödvändigheten i att koppla samman folkhälspolitikerna med arbetet för en hållbar utveckling i Sverige.

Skälen för regeringens bedömning: I skrivelsen Strategiska utmaningar – En vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling (skr. 2005/06:126) redovisar regeringen sin strategi för ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar utveckling. Regeringen fokuserar i arbetet med en hållbar utveckling på fyra strategiska utmaningar för den kommande mandatperioden:

- Bygga samhället hållbar
- Stimulera en god hälsa på lika villkor
- Möta den demografiska utmaningen
- Främja en hållbar tillväxt

Genomförandet av folkhälspolitikerna och arbetet med de fyra strategiska framtidsfrågorna är ömsesidigt beroende av varandra. Kopplingen mellan målområdena för folkhälspolitikerna och arbetet med framtidsfrågorna kan beskrivas enligt följande.

I arbetet med framtidsfrågan *Bygga samhället hållbart* tydliggörs vikten av insatser inom kommunal planering, regional utveckling, övergripande stadsplanering, kommunikationer och infrastruktur samt boende och god miljö samt att ett hållbart samhällsbyggande också omfattar människors möjligheter att aktivt delta i beslut som rör dessa frågor. Dessa nyckel-

frågor i arbetet har tydliga kopplingar till målområdena *Delaktighet och inflytande i samhället, Ekonomisk och social trygghet, Trygga och goda uppväxtvillkor* samt *Sunda och säkra miljöer och produkter*. Skr. 2005/06:205

I arbetet med framtidsfrågan *Stimulera en god hälsa på lika villkor* samlas frågor som gäller de flesta av folkhälsopolitikens målområden.

Framtidsfrågan *Möta den demografiska utmaningen* har en tydlig koppling till målområdena *Delaktighet och inflytande i samhället, Ekonomisk och social trygghet, Trygga och goda uppväxtvillkor, Sunda och säkra miljöer och produkter* samt *Ökad fysisk aktivitet*.

Slutligen har framtidsfrågan *Främjandet av hållbar tillväxt* en koppling till målområdena *Delaktighet och inflytande i samhället, Ekonomisk och social trygghet, Trygga och goda uppväxtvillkor, Ökad hälsa i arbetslivet, En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Ökad fysisk aktivitet, Goda matvanor och säkra livsmedel* och *Ett minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande*.

Arbetet för att nå målen för hållbar utveckling och målen för en god folkhälsa går därför hand i hand och kräver ett långsiktigt agerande och investeringar i människors hälsa och välbefinnande inom ett flertal politikområden. Arbetet för att nå de övergripande målen för en hållbar utveckling och en god folkhälsa bildar därför grunden för arbetet inom de elva målområden som fastslagits för folkhälsopolitiken.

I arbetet för en hållbar utveckling och för folkhälsa i andra politikområden är det väsentligt att det finns god kunskap, fungerande verktyg och underlag av god kvalitet för att besluten inom dessa områden skall vara väl avvägda och kunna ta hänsyn till folkhälsan. Eftersom det är av största vikt att noga följa utvecklingen beträffande hälsans fördelning i befolkningen, är den fortsatta utvecklingen av adekvata indikatorer på området viktig liksom utvecklingen av hälsokonsekvensbedömningar (se vidare avsnitt 6.1). Det innebär bl.a. att folkhälsoperspektivet tas in tidigt i beslutsprocesserna.

Regeringens arbete med en svensk strategi för hållbar utveckling tjänar två syften, dels att uppfylla de internationella åtagandena från FN:s världstoppmöten om hållbar utveckling i Rio de Janeiro år 1992 och i Johannesburg under år 2002, dels att ge en lägesbeskrivning och framåtblick för arbetet med hållbar utveckling i Sverige inklusive arbetet med internationella processer för hållbar utveckling.

Arbetet med revideringen av EU:s strategi för hållbar utveckling (KOM/2005/658 slutlig) pågår och beräknas beslutas under sommartoppmötet 2006. I det nuvarande fördragets artikel 152 anges att "en hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder". Många politikområden inom EU har stor betydelse för utvecklingen av folkhälsan. Det är därför viktigt att fortsätta arbetet med att integrera folkhälsoperspektivet i dessa politikområden så att arbetet för en god folkhälsa underlättas. Ett exempel på ett område där den förda politiken får negativa effekter för folkhälsan är EU:s jordbrukspolitik. Den nuvarande utformningen av jordbrukspolitik innebär att priserna på såväl fet mjölk som t.ex. frukt och grönt upprätthålls. Sveriges inställning är att EU:s jordbrukspolitik måste avregleras, vilket innefattar fullt marknadstillträde för tredje land. Politiken måste vidare marknadsanpassas och utgå från kon-

summenternas efterfrågan. Detta skulle sannolikt pressa priserna på jordbruksprodukter vilket även skulle kunna få till följd positiva effekter på folkhälsan. Arbetet med hållbar utveckling på EU-nivå innebär en sektorsövergripande strategi för arbetet inom unionen och har därför en stor betydelse för hur väl arbetet för en god folkhälsa i andra politikområden fungerar. I EU:s nuvarande strategi för hållbar utveckling, i avsnittet om hoten mot folkhälsan, ingår smittskydd, inklusive livsmedelssäkerhet, samt kemikaliehantering. Under den pågående revideringen av EU-strategin har den svenska regeringen drivit att folkhälsoområdet skall breddas och inkludera bestämningsfaktorer för hälsa såsom alkohol, kost och fysisk aktivitet. I det meddelande som Europeiska kommissionen presenterade i december 2005 föreslår kommissionen ett fortsatt fokus på folkhälsofrågor, dock med ett bredare och mer fördjupat perspektiv än tidigare. Kommissionen lyfter även fram frågor som rör det internationella samarbetet för att förbättra hälso- och sjukvården samt att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder på längre sikt kan minska den ekonomiska och sociala bördan som orsakas av sjukdom.

2.4 Den svenska folkhälsopolitiken ligger fast

Regeringens bedömning: Den utformning av folkhälsopolitiken med ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet och särskilt utpekade målområden för det samlade folkhälsoarbetet som beslutades i enlighet med propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145) bör stå fast. För att arbetet skall vara effektivt bör det inriktas mot att förbättra de s.k. bestämningsfaktorerna för hälsan istället för mot enskilda sjukdomar. Insatser bör främst riktas mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och ohälsoproblemen. Vilka bestämningsfaktorer som skall prioriteras bör fastläggas utifrån vetenskaplig grund.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna stödjer allmänt utformningen av folkhälsopolitiken med målområden, bestämningsfaktorer och indikatorer. *Vetenskapsrådet* pekar på vikten av att vidareutvecklingen även i fortsättningen bygger på vetenskaplig grund. Flera remissinstanser pekar på att frågor om ojämlikhet i hälsa bör behandlas som horisontella frågeställningar. Exempelvis framhåller *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning* och *Ombudsmannen mot etnisk diskriminering* att effekter av diskriminering bör gå som en röd tråd genom redovisningen i den folkhälsopolitiska rapporten och inte begränsas till separata kapitel.

Skälen för regeringens bedömning

Ett övergripande nationellt mål och elva målområden

Regeringen föreslog i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) en ny inriktning för folkhälsopolitiken. Riksdagen antog regeringens förslag om ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet, att skapa

samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen.

Mot bakgrund av den rådande ojämlika fördelningen av hälsa mellan olika grupper av kvinnor och män i samhället samt en god hälsas betydelse för såväl ekonomisk tillväxt som en hållbar svensk utveckling gör regeringen bedömningen att den utformning av folkhälsopolitiken som fastlades genom propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), med ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet och särskilt utpekade målområden för det samlade folkhälsoarbetet, bör stå fast. Att verka för en god folkhälsa är och bör även fortsättningsvis vara ett tvärsektoriellt ansvar som berör en mängd olika politikområden där ett stort antal aktörer kan bidra med viktiga insatser.

Underlaget för propositionen Mål för folkhälsan var den Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91). Kommittén föreslog 18 nationella folkhälsomål. Regeringen bedömde att förslagen var relevanta för folkhälsoarbetet, men att det inte fanns något generellt behov av att formulera nya mål för regeringens politikområden eller att lägga förslag om en ändrad statlig verksamhetsindelning. Skälet är att det redan finns mål och inriktning för samtliga politikområden som överensstämmer väl med flertalet av kommitténs förslag till nationella mål.

Regeringen definierade därför elva målområden. Till dessa knyts de mål inom andra politikområden som är relevanta för folkhälsoarbetet. De elva målområden för det samlade folkhälsoarbetet är:

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

Insatser för att förbättra folkhälsan skall med denna utformning av systemet göras inom de politikområden där den största påverkan på hälsan sker. Syftet är att koppla samman befintliga mål med kostnader och resultat. Genom att mål och verksamheter inom andra politikområden knyts till folkhälsoarbetet undviks dessutom målkonflikter och avgränsningsproblem.

Om behov finns kan folkhälsoperspektivet dock göras tydligare genom att regeringen beslutar om mål inom bestämda politikområden eller om delmål eller etappmål knutna till dessa. Däremot är det inte lämpligt att delmål och etappmål orienteras mot målområden i sin helhet eftersom skillnaden mellan begreppen målområden och mål då blir otydlig.

Den valda utformningen innebär att insatser för att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet inte bara skall ske inom politikområdet folkhälsa. Centralt för måluppfyllelsen är insatser inom t.ex. demokrati-, social-, jämställdhets-, barn-, ungdoms-, handikapp-, äldre-, hälso- och sjukvårds-, arbetsmarknads- och arbetslivs-, bostads-, utbildnings-, miljö- och kulturpolitik. I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) anges 31 politikområden där olika åtgärder bör vidtas. I Folkhälsopolitisk rapport 2005 listar Statens folkhälsoinstitut (FHI) 29 politikområden som är särskilt viktiga när det gäller insatser för att påverka bestämningsfaktorerna för folkhälsa.

Utformningen av bestämningsfaktorer för hälsa

Det är mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på så kallade bestämningsfaktorer för hälsan än enskilda sjukdomar. Bestämningsfaktorer är varje faktor som påverkar hälsotillståndet, t.ex. livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor. Enligt regeringen bör därför insatser främst riktas mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och ohälsoproblemen. I likhet med vad regeringen sade i propositionen Mål för folkhälsan bör därför insatser främst riktas mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och ohälsoproblemen (prop. 2002/03:35).

Vilka faktorer som påverkar hälsotillståndet bör fastläggas utifrån vetenskapliga grunder. FHI har i Folkhälsopolitisk rapport 2005 preciserat 50 bestämningsfaktorer som var och en har knutits till ett av de elva målområdena för det samlade folkhälsoarbetet. Arbetet har utförts i samarbete med andra myndigheter med kompetens inom olika sakområden. Regeringen har i denna skrivelse i huvudsak valt att utgå från de bestämningsfaktorer som FHI har preciserat. I ett fall har remissinstanser framfört med saksakal underbyggda synpunkter som innebär att regeringen har valt en annan utformning av bestämningsfaktorn (se avsnitt 4.5).

I avsnitt 6.3 behandlas frågan om framtida arbete med bestämningsfaktorerna.

Ansvar för att genomföra och följa upp politiken

För att folkhälsopolitiken skall få en större tyngd i regeringens arbete krävs att arbetet förankras ordentligt bland de myndigheter som genom sin verksamhet tydligt kan påverka olika bestämningsfaktorer. Det är därför angeläget med en sektorsövergripande politisk styrning av folkhälsoarbetet med utgångspunkt i fastlagda mål. Samtidigt är det en viktig utgångspunkt för regeringen att uppföljningen av bestämningsfaktorernas utveckling till så stor del som möjligt kan samordnas med den uppföljning av den statliga verksamheten som sker av andra skäl, främst som en del av den statliga mål- och resultatstyrningen. Detta betyder att inriktningen för genomförandet och uppföljningen av den nationella folkhälsopolitiken bör vara att till så stor del som möjligt använda de indikatorer som redan har införts inom de berörda politikområdena.

Med det mål- och uppföljningssystem som beskrivs ovan krävs att myndigheter vars verksamhet påverkar folkhälsan också arbetar aktivt för att den egna verksamheten eller det egna ansvarsområdet bidrar till en positiv

hälsoutveckling. Det gäller såväl statliga myndigheter som landsting och kommuner. En liknande princip tillämpas exempelvis inom miljöområdet i enlighet med vad regeringen redovisade i propositionen Svenska miljömål – delmål och åtgärdsstrategier (prop. 2000/01:130). Skr. 2005/06:205

För att optimera effekterna av insatserna behövs dock en nationell samordning. Statens folkhälsoinstitut skall därför enligt sin instruktion svara för bl.a. sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet och vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området. Institutets uppgifter liksom övriga myndigheters insatser behandlas ytterligare i avsnitt 5.1.

3 Hälsoläget

Som underlag för den svenska folkhälsopolitiken har Socialstyrelsen i uppdrag att ge en översiktlig beskrivning och analys av hur hälsotillståndet utvecklas i olika befolkningsgrupper. Uppdraget redovisas dels i form av en folkhälsorapport vart fjärde år, dels i form av en lägesrapport under mellanliggande år. Nedanstående avsnitt baseras till stora delar på Folkhälsorapport 2005 (dnr S2005/2557/FH) från mars 2005 och på Folkhälsa – Lägesrapport 2005 (dnr S2006/3833/FH) från mars 2006.

Livslängden fortsätter att öka

Ser man på till ökningen av medellivslängden och den minskade dödligheten i ett flertal dödsorsaker, i synnerhet den stora nedgången av dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar, kan man konstatera att folkhälsan fortsätter att förbättras i Sverige. År 2005 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 78,4 år och en nyfödd flicka 82,8 år. Sedan år 1990 har mäns medellivslängd ökat med nästan 4 år och kvinnors med drygt 2 år. Männens medellivslängd har alltså ökat snabbare än kvinnornas, och skillnaden mellan mäns och kvinnors genomsnittliga livslängd har sedan år 1990 minskat från 5,6 till 4,4 år. Sedan år 1984 har dessutom spädbarnsdödligheten mer än halverats. År 2005 var den 2,4 döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda barn.

Sjukdomsbilden är inte entydigt positiv

Studerar man utvecklingen av sjuklighet är bilden inte lika entydigt positiv som för ökad livslängd och minskad dödlighet. Vanliga sjukdomar och hälsoproblem som drabbar många i befolkningen är exempelvis rygg- och ledvärk, smärta och trötthet. Det finns flera tecken på sämre hälsoutveckling, t.ex. av värk och självrapporterad psykisk ohälsa.

Sedan slutet av åttiotalet har äldre personer fått en förbättrad funktionsförmåga och de upplever själva att hälsan har förbättrats. Under perioden 1970–2003 ökar också livslängden utan allvarlig aktivitetsnedsättning, men samtidigt kan konstateras att fler människor lever med en långvarig sjukdom i dag jämfört med i början av 1980-talet. Tecken tyder på att 1990-talet inneburit en förändring av trenderna från friskare överlevare till

allt fler sjuka äldre. Det kan bidra till ökade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Skr. 2005/06:205

Allt färre insjuknar och dör i hjärt-kärlsjukdomar

Hjärt-kärlsjukdomar är den grupp sjukdomar som orsakar flest förtida dödsfall, samtidigt som de ofta innebär långvariga hälsoproblem och funktionsnedsättningar. Mellan år 1987 och år 2002 minskade risken att insjukna i sjukdomar i kranskärlen, framför allt i hjärtinfarkt, med ca 23 procent, och risken att dö på grund av sjukdomar i kranskärlen minskade ännu mer. Detta är den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökat så mycket på senare år. Risken att dö av slaganfall har också minskat något. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är betydligt högre bland män än bland kvinnor. Det är således männen har därför vunnit mest i livslängd när dessa sjukdomar blivit mindre vanliga och mindre dödliga.

De minskade riskerna att insjukna i hjärt-kärlsjukdom beror på bättre levnadsvanor, främst minskad rökning och till viss del förbättrade matvanor. Minskade risker att dö för dem som insjuknat kan framför allt tillskrivas sjukvårdens insatser. Uppskattningsvis räddas drygt 3 000 fler människor till livet varje år jämfört med för 15 år sedan, tack vare förbättrad hjärt-kärlsjukvård, exempelvis hjärtoperationer och förebyggande behandling av höga blodfettsnivåer och högt blodtryck.

Diabetes ökar bland barn, men inte bland vuxna

Omkring 300 000 personer uppskattas ha diabetes i Sverige, varav drygt en tiondel har barn- och ungdomsdiabetes (typ 1-diabetes). Andelen diabetiker ökar svagt bland vuxna, men trots att kroppsvikten ökar i befolkningen har insjuknandet inte ökat. Dödligheten i diabetes har sedan år 1980 minskat med 28 procent bland kvinnor, medan den har legat på en konstant nivå bland män. Aktivt förebyggande behandling av högt kolesterol och blodtryck samt bättre behandling av diabetes förklarar sannolikt att dödligheten minskar och att allt fler personer lever med diabetes. Insjuknandefrekvensen i barn- och ungdomsdiabetes (typ 1) har ökat sedan 1980-talets början, särskilt i de yngsta åldersgrupperna, men den ser däremot ut att minska bland yngre vuxna.

Att fler barn och unga är överviktiga eller har fetma är oroande

Mer än hälften av männen och drygt en tredjedel av kvinnorna i åldern 16–74 år i Sverige är överviktiga eller har fetma. Knappt tio procent av såväl männen som kvinnorna har fetma. I alla åldrar, även bland barn i skolåldern, ökar andelen överviktiga. Att fler barn och ungdomar är överviktiga eller feta är oroande. Sannolikheten är stor att de som redan i ungdomsåren är överviktiga senare utvecklar fetma. Andelen personer med fetma ökade kraftigt under 1990-talet men denna ökning ser ut att ha avstannat mellan åren 2002 och 2004.

Andelen med övervikt har ökat i alla socioekonomiska grupper och i grupper med olika utbildningsnivå sedan början av 1980-talet. Andelen med fetma har dock ökat mer bland lågutbildade än bland högutbildade.

Fetma ökar risken för sjukdomar och besvär i rörelseorganen och – om det är fråga om bukfetma – för högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Övervikt och fetma mäts med hjälp av body mass index (BMI) vilket räknas ut genom att dividera vikten med kvadraten av kroppslängden i meter. En överviktig person har ett BMI på 25–29,9 medan en person med fetma har ett BMI på 30 och uppåt.

Cancersjukdomarna ökar fortfarande medan dödligheten är konstant

Cancer orsakar hälften av alla dödsfall före 65 års ålder bland kvinnor och en tredjedel av alla dödsfall före 65 års ålder bland män. Cancer är annars främst en ålderssjukdom. Två tredjedelar av all cancer inträffar efter 65 års ålder. Antalet nya cancerfall (efter att hänsyn tagits till att andelen äldre i befolkningen ökat) ökade mellan åren 1994–2003 med 1,1 procent per år bland män och 0,5 procent per år bland kvinnor, medan motsvarande dödlighet låg på en konstant nivå. Drygt hälften av dem som får en cancerdiagnos i dag förväntas leva lika länge som sina jämnåriga.

De två vanligaste cancerformerna – bröstcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män – utgör en tredjedel av all cancer. Båda har ökat något under 1990-talet, men någon motsvarande ökning av dödligheten har inte skett. Både lungcancer och dödlighet i lungcancer ökar bland kvinnor, men minskar bland män. Hudcancer ökar för båda könen, men denna ökning motsvaras inte av ökad dödlighet. Vart tredje cancerfall förklaras av tobak, matvanor och solvanor. Tobaksrökning är den enskilda faktor som orsakar flest cancerfall och flest dödsfall i cancer.

Psykisk ohälsa är vanligare i yngre åldrar, särskilt bland kvinnor

Andelen i befolkningen som uppger att de känner ångslan, oro eller ångest har ökat sedan början på 1990-talet efter en nedgång på 1980-talet. Ökningen gäller generellt i befolkningen utom bland äldre kvinnor, där andelen har varit konstant hög sedan 1980. Den största ökningen sedan början av 1990-talet visar kvinnor mellan 16 och 34 år. I Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökning av levnadsförhållanden (ULF) rapporterade 25 procent av kvinnorna och 15 procent av männen sådana problem under åren 2002 och 2003. Enligt de senaste uppgifterna från år 2004 anger en mindre del av befolkningen *svåra* besvär av ångslan, oro eller ångest jämfört med perioden 2002–2003. I vad mån detta är ett trendbrott eller inte är för tidigt att uttala sig om.

Skillnaderna i psykisk ohälsa mellan olika socioekonomiska grupper är stora. Inte oväntat är arbetslösa och personer med sjuk- och aktivitetsersättning, ensamstående med barn och utrikesfödda mer oroliga än genomsnittet. Enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI:s) folkhälsoenkät lider en mycket större andel av homo- och bisexuella personer av nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med motsvarande andel av heterosexuella personer.

Psykisk ohälsa är en betydande riskfaktor för självmord. Självordsfrekvensen har minskat betydligt sedan början av 1970-talet. Mellan åren 1987 och 2002 har antalet döda i självmord minskat med en tredjedel både för män och för kvinnor. Bland yngre män 15–24 år finns dock en liten tendens till ökning sedan år 1998. Självord är vanligare bland män. År 1998 begick tre gånger så många män som kvinnor självmord. Däremot är självmordsförsök vanligare bland kvinnor än bland män. Det är vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen att någon gång övervägt eller försökt begå självmord, särskilt i åldrarna 16–29 år.

Rörelseförmågan är bättre, men värk är ett problem för många

Långvarig sjukdom eller besvär från rörelseorganen rapporterades av 21 procent av kvinnorna och 15 procent av männen under åren 2002 och 2003, vilket innebär en i stort sett konstant nivå sedan början av 1990-talet. Rörelseförmågan har förbättrats totalt sett sedan 1980-talets början, men från år 2000 syns en tendens till försämring bland kvinnor efter 45-årsåldern. Rörelsehindren har minskat i alla åldrar, med undantag för kvinnor över 80 år, där nivån varit oförändrad. Funktionsförmågan bland äldre har däremot förbättrats, inte minst på grund av bättre boendemiljöer och bättre hjälpmedel.

Värk av olika slag har dock blivit vanligare sedan 1980-talets början, i synnerhet bland kvinnor. Nack- och skulderbesvären ökade under 1990-talet i alla socioekonomiska grupper, medan ryggvärken främst har ökat bland arbetare. Värk är mer frekvent bland kvinnor än bland män. I ULF för åren 2002 och 2003 uppgav 57 procent av männen och 68 procent av kvinnorna att de hade värk i rygg, nacke, axlar, armbågar, ben eller knän. Mäns och kvinnors värkmönster har utvecklats olika i åldrarna över 65 år. All sorts värk har ökat bland kvinnorna, medan besvären tvärtom minskat bland män utom i åldrarna över 80 år, där lätta besvär av värk har ökat något.

Trenden med minskande dödlighet i skador efter olycksfall har brutits

Skador efter olycksfall är den största dödsorsaken i åldrarna upp till 45 år. År 2002 dog nästan 3 000 personer av skador efter olycksfall, varav över 1 000 till följd av fall och drygt 500 av trafikolyckor. Nästan två tredjedelar av dem som dör av skador är män. Äldre från 65 år och uppåt svarar för större delen av skadefallen i dödsorsaks- och patientstatistiken trots att denna åldersgrupp endast utgör drygt 17 procent av befolkningen.

Falloyckor är den vanligaste skadeorsaken i alla åldrar men särskilt bland äldre, där dödsfallen till följd av höftfrakturer fortsätter att öka, särskilt bland kvinnor. För skador bland äldre kan det emellertid vara svårt att dra en gräns mellan falloyckor och benbrott vållade av benskörhet. Trafiken dominerar som orsak till dödsolyckor bland män, men antalet trafikolyckor med dödlig utgång har inte ökat de senaste åren. Falloyckor är den dominerande orsaken till dödliga olyckor bland kvinnor. Dödligheten i skador minskade med 37 procent bland män och halverades bland kvinnor mellan perioden 1980–1995 och har därefter stagnerat.

I ULF för åren 2002 och 2003 uppgav åtta procent av kvinnor och män i åldrarna 16–84 år att de har utsatts för våld eller hot vid minst ett tillfälle. För första gången utsattes en lika stor andel av kvinnor som män för våld eller hot. Andelen kvinnor som har utsatts för våld eller hot har nästan fördubblats sedan början av 1980-talet. Under 1990-talet var det de yngsta kvinnorna (16–24 år) som svarar för den enda statistiskt signifikanta ökningen, och åren 2002 och 2003 uppgav tolv procent av kvinnorna i denna åldersgrupp att de varit utsatta för våld eller hot. Motsvarande siffra för unga män – den grupp som är mest utsatt för våld eller hot – var 20 procent.

Varje år dör ca 100 personer till följd av våld – 66 män och 37 kvinnor år 2002. Det dödliga våldet har legat på i stort sett samma nivå de senaste 30 åren. Antalet barn som har utsatts för dödligt våld har minskat. I dag utgör de ungefär sju procent av det totala antalet fall av dödligt våld. Drygt 10 000 sexualbrott anmäldes till polisen år 2003, varav en fjärdedel var våldtäkter. Mörkertalet är sannolikt stort.

Allergisjukdomar och besvär vanligt förekommande

I ULF för åren 1996 och 1997 uppgav 37 procent av männen och 43 procent av kvinnorna i Sverige ha astma, allergier eller annan överkänslighet. Dessa besvär har mer än fördubblats de senaste 20–30 åren. Senare uppgifter om utvecklingen bland vuxna saknas ännu, eftersom de endast samlas in av SCB vart åttonde år. Värnpliktsundersökningarna antyder dock att ökningen av allergisjukdomar fortsätter.

Allergisjukdomar är de vanligaste långvariga hälsoproblemen hos barn. Omkring en fjärdedel av alla fyraåringar och tolvåringar har någon allergisjukdom enligt Barnens miljöhälsoenkät 2003 som genomförts av SCB på uppdrag av Socialstyrelsen. Dödligheten i allergisjukdomar är låg och har fortlöpande minskat sedan mitten av 1980-talet tack vare att behandlingsmetoderna har förbättrats påtagligt.

Infektionssjukdomarna är fortfarande ett väsentligt samhällsproblem

Infektionssjukdomar var förr en dominerande dödsorsak, men dessa har minskat drastiskt under 1900-talet. På senare tid har emellertid resistenta bakterier och antibiotikaresistens gjort det svårare att behandla infektionssjukdomar. Genom människors resande sker en kontinuerlig import av resistenta bakterier från omvärlden. Ett speciellt problem utgör resistent tuberkulos, som det i vissa fall saknas behandling mot.

Antalet sexuellt överförbara sjukdomar ökar igen. Klamydia är numera den största sexuellt överförda sjukdomen i Sverige. Antalet rapporterade fall har ökat oroväckande under slutet av 1990-talet, främst bland ungdomar. Under år 2004 rapporterades det högsta antalet nya fall sedan anmälningsplikten infördes år 1989. Också gonorré och syfilis ökar, främst bland män som har sex med män. Den största andelen av anmälda fall av hiv utgörs av smitta genom heterosexuella kontakter. I Sverige är hiv och syfilis relativt begränsade problem i dag, men ökande frekvenser

kan vara en signal om att smittskyddet inte helt och hållet fungerar samt Skr. 2005/06:205 om ett ökat behov av förebyggande arbete.

Fortsatt bättre tandhälsa hos vuxna, men oroande tendenser bland barn

Andelen kariesfria barn och ungdomar ökade kontinuerligt under perioden 1985–2000, men under perioden 2001–2002 noterades för första gången ingen fortsatt förbättring. Bland tolvåringarna syntes t.o.m. en marginell försämring. I den vuxna befolkningen har andelen med enbart egna tänder kontinuerligt ökat, och tuggförmågan har löpande förbättrats sedan 1980-talets början. De sociala skillnaderna i tandhälsa är dock fortfarande stora och visar ingen tendens att minska. Färre personer har besökt tandläkare den senaste tvåårsperioden, främst i åldrarna 25–34 år och i synnerhet gäller detta bland männen. Var fjärde person i denna åldersgrupp säger sig ha haft behov av tandvård utan att uppsöka tandläkare. Personer med utländsk bakgrund besöker tandläkare mer sällan än befolkningen i genomsnitt.

God reproduktiv hälsa i Sverige

Den reproduktiva hälsan i Sverige är mycket god. Reproduktiv ohälsa är i hög grad kopplad till fattigdom, sociala orättvisor och diskriminering av kvinnor och hör till de allvarligaste folkhälsoproblemen globalt. I Sverige föds nu fler barn igen efter de låga födelsetalen under det sena 1990-talet. Genomsnittsåldern för föräldrarna vid första barnets födelse har ökat stadigt och är nu 28,6 år för mammorna och 30,9 år för papporna. Trots skiftande födelsetal har det genomsnittliga antalet barn som kvinnor föder under sin livstid legat kring två barn under hela 1900-talet.

Ungdomar skyddar sig bättre mot oönskade graviditeter än mot könsjukdomar. Klamydia ökar för sjätte året i rad bland ungdomar. Den vanligaste orsaken till infertilitet är sexuellt överförda infektioner. Fertiliteten minskar också med ökad ålder. Utgången av graviditeter och förlossningar är gynnsam i Sverige, men dessa är trots det förenade med en hel del potentiella hälsorisker. En relativt stor andel kvinnor vårdas på sjukhus för avvikelser och komplikationer i samband med graviditet och förlossning.

Barns och ungdomars hälsa är god, men den psykiska ohälsan ökar

Sett i ett internationellt perspektiv har barn och ungdomar i Sverige mycket god hälsa. Svenska barn och ungdomar framstår i intervjuundersökningar i europeiska länder som friskast och mest nöjda med livet. Trots det har psykosomatiska symtom – t.ex. ont i magen, ont i huvudet och sömnbesvär – ökat fortlöpande bland skolungdomar sedan 1980-talets mitt. Ökningen är något större för flickor än för pojkar men framför allt är andelen med besvär högre bland flickor än bland pojkar, såväl vid 1980-talets mitt som i dag. Även lokala studier pekar på att barn och ungdomar känner mer oro och oftare har sömnproblem än tidigare.

När det gäller barn som föds mycket för tidigt, barn som föds med missbildningar och barn som får cancer så har överlevnaden ökat markant de senaste decennierna. Barn i hushåll med en utsatt ekonomisk situation

löper ökad risk för sjuklighet och död under nyföddhetsperioden, ökad risk för psykisk ohälsa, ökad risk för astma och ökad risk för att råka ut för skador efter olycksfall. Skr. 2005/06:205

Äldres hälsa förbättras, men inte för de allra äldsta

De flesta i den äldre delen av befolkningen är förhållandevis friska. Äldre upplever också själva att hälsan har förbättrats från slutet av 1980-talet till i dag. Andelen som rapporterar någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall eller handikapp har dock ökat något bland män i åldrarna 65–74 år och bland kvinnor över 80 år. Andelen med lätt eller svår värk har ökat bland kvinnor över 65 år och bland män över 80år.

Synförmågan har förbättrats. Andelen med såväl lätt som svårt rörelsehinder har minskat bland män, medan endast andelen med lätt rörelsehinder har minskat bland kvinnor. Tandhälsan har också blivit bättre bland de äldre, fler behåller sina egna tänder och sin tuggförmåga högt upp i åldrarna.

Även om människor löper mindre risk att bli sjuka i en given ålder, talar mycket för att sjukligheten i befolkningen kommer att öka totalt sett, som följd av att fler överlever sina sjukdomar. Många som i dag överlever en hjärtinfarkt kommer senare i livet att få andra sjukdomar – t.ex. hjärtsvikt eller cancer. Därför måste man räkna med att de äldres sjukdomar kommer att ställa allt större krav på samhället och hälso- och sjukvården. Vissa tecken tyder på att det förlängda livet främst medför fler år med lätt ohälsa, men att i nuläget förutsäga de kommande årens hälsoutveckling bland äldre är svårt och osäkerheten bedöms ha ökat till följd av att olika undersökningar till viss del visat motstridiga resultat. Ett tydligt köns- mönster finns, där kvinnor har en längre period i livets slut med sjukdom och funktionsnedsättningar jämfört med män.

Utrikes födda – ingen enhetlig grupp

ULF visar att de självupplevda hälsoproblemen skiljer sig åt mellan utrikes födda och personer födda i Sverige. Av samtliga utrikes födda som ingick i undersökningarna under perioden 1993–2000 rapporterade 37 procent av kvinnorna och 30 procent av männen att de upplevde något hälsoproblem vilket kan jämföras med 21 respektive 17 procent bland dem som är födda i Sverige. Det finns dock stora variationer inom gruppen utrikes födda, som är mycket oenhetlig.

I sin rapport *Födelselandets betydelse – En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige* (FHI rapport 2002:29) konstaterade FHI att det inte finns något enkelt samband mellan etniskt ursprung och hälsotillstånd. Hälsosituationen är ett komplext samspel mellan bland annat ursprungsland och ett stort antal faktorer som påverkar individen i det nya landet och därmed förutsättningarna för hälsa. Frekvensen av olika former av ohälsa varierar påtagligt mellan grupper av kvinnor och män med olika etniskt ursprung.

Även om ett flertal grupper av utrikes födda har en sämre hälsosituation i genomsnitt än inrikes födda finns det stora grupper av utrikes födda som har en god hälsosituation. Till det kan exempelvis goda kostvanor bidra.

Ursprunget kan därför i vissa fall bidra till friskfaktorer, hälsoproblem uppstår först när man hamnar i ett utanförskap på grund av sitt ursprung. Utanförskap kan också uppkomma vid svårigheter att komma in på arbetsmarknaden etc. Sammantaget konstaterar FHI att faktorer som låg social position, arbetslöshet och diskriminering kan påverka hälsan, dels genom en ökad sårbarhet hos individen som därmed blir mer mottaglig för sjukdomar och dels en negativ påverkan på individens levnadsvanor.

För vissa grupper finns en stark koppling mellan dryckesvanor och ursprungsland. Till exempel dricker muslimer generellt sett mindre än genomsnittsbefolkningen, medan andra grupper av utrikes födda har en förhållandevis hög genomsnittlig alkoholkonsumtion. I kombination med andra former av utanförskap kan ett problematiskt drickande bli mer fördömande för utrikes än inrikes födda. Frågan om alkoholproblematik i gruppen av utrikes födda är dock komplicerad, för vissa grupper med ett nordiskt ursprung är alkohol en orsak till en ohälsosfaktor.

Förhållningssättet till tobak varierar beroende på en persons ursprung, en persons förhållande till tobak beror av hur tobaken uppfattas som kulturellt fenomen. Det har också visat sig att om det är vanligt och accepterat i ursprungslandet påverkar det inställningen till tobaksanvändning. Även förhållandet till kosten kan utgöra såväl en stärkande faktor som en ohälsosfaktor.

En grupp som uppmärksammats i detta sammanhang är de finländare som kom till Sverige under framför allt 1960-talet för att arbeta inom industrin. När gruppen var som störst levde 300 000 av dem i Sverige, år 2000 var deras antal omkring 200 000. FHI konstaterade i rapporten Födelselandets betydelse – En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige (FHI rapport 2002:29) att finska invandrare i Sverige har en sämre hälsa än inrikes födda. Till exempel dog finska män en för tidig död jämfört med svenskfödda män samt att finska kvinnor hade en fördubblad risk att dö i hjärt-kärlsjukdomar jämfört med svenska kvinnor. Kvinnor och män födda i Finland bosatta i Sverige löpte stor risk att råda ut för svår långvarig sjukdom, även då man tagit hänsyn till deras sociala position. Kombinationen av ett oftast slitsamt arbete, riskabla alkoholvänor, begränsade sociala nätverk, däribland förlorade kontakter med hemlandet och en på andra sätt svag social situation har gjort att denna grupp är särskilt utsatt.

Den psykosociala arbetsmiljön är mer pressande inom välfärdssektorn

Förr arbetade många på mycket hälsovådliga arbetsplatser. I synnerhet arbetare riskerade att drabbas av olycksfall eller exponeras för farliga ämnen. Fortfarande orsakar tungt arbete, tunga lyft och ensidiga arbetsuppgifter en hel del rygg- och nackbesvär och sjukdomar i rörelseorganen. Datorarbete ökar kontinuerligt, och mellan 60 och 70 procent av både kvinnor och män använder numera dator i sitt arbete, vilket kan vara en förklaring till att andelen besvär från nacken och övre delen av ryggen har ökat. Sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen, och psykiska besvär den näst vanligaste. Den sistnämnda är den diagnos som har ökat mest som sjukskrivningsorsak sedan år 1997.

Den psykosociala arbetsmiljön försämrades under 1990-talet, men den har förbättrats något de senaste åren. De mest psykiskt påfrestande

arbetena finns inom de s.k. välfärdstjänsterna, dvs. de yrken som vänder sig till allmänheten inom service, vård och omsorg samt skola. Välfärdstjänsterna utgör ca en fjärdedel av arbetsmarknaden. Inom denna sektor skedde stora organisationsförändringar under 1990-talet. Arbetstempo och tidspress fortsätter att öka. Jäktiga arbeten har ökat kontinuerligt sedan början av 1990-talet, särskilt bland kvinnor. Andelen som har varit tvungna att minska på lunchrasten, arbeta mer övertid, ta med arbete hem eller haft liten möjlighet att ta korta pauser ökade under stora delar av 1990-talet. Andelen har därefter minskat men nivån är fortfarande högre än i slutet av 1980-talet.

Färre röker men fler snusar

Tobaksrökningen har minskat bland både män och kvinnor och i alla socioekonomiska grupper sedan 1980-talets början. Bland männen har minskningen varit snabbare än bland kvinnorna. Utrikesfödda män röker dock i betydligt större omfattning än män som är födda i Sverige. Andelen dagligrökare bland män är internationellt sett låg i Sverige, där män och pojkar röker minst jämfört med i övriga Europa. År 2004 rökte 15 procent av männen och 17 procent av kvinnorna i åldern 16–84 år, vilket innebär en fortsatt minskning i förhållande till perioden 2002–2003. De sociala skillnaderna är dock fortsatt stora och har blivit ännu tydligare de senaste åren. Högst andel rökare finns bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning samt långvarigt arbetslösa där nästan var tredje person röker.

Sedan början av 1970-talet har snusningen ökat, och under 1990-talet ökade andelen snusare bland både kvinnor och män. Drygt 23 procent av männen och 3 procent av kvinnorna snusar. Enligt den nationella folkhälsoenkäten 2004 är snusning vanligast i åldrarna 30–44 år, där 29 procent av männen och sex procent av kvinnorna uppgett att de snusar. En tredjedel av dagligsnusarna har uppgett att de också röker då och då. För varje vuxen snusare som börjar röka går det fyra rökare som går över till snus när de slutar röka. Män under 45 år använder oftare snus när de slutar röka än män i åldrarna däröver.

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar sjunker för män

Alkoholkonsumtionen ökade med nära 30 procent under perioden 1996–2004. Den senaste statistiken visar på att ökningen av alkoholkonsumtionen kan ha avstannat under år 2005. I vad mån det är ett trendbrott är för tidigt att säga. Under den senaste tioårsperioden har andelen riskkonsumenter ökat, och berusningsdrickandet har ökat bland ungdomar. Det finns särskild anledning till oro över den stora andelen riskkonsumenter bland unga kvinnor och män. Bland kvinnor i åldrarna 15–24 år har antalet som vårdats för alkoholförgiftning tredubblats sedan 1987. Bland män i samma åldrar har antalet nästan fördubblats.

Den alkoholrelaterade dödligheten har totalt sett minskat med en tredjedel sedan 1980-talets början. Sannolikt har det förändrade dryckesmönstret med minskad spritkonsumtion bidragit till detta. Alkoholdödligheten har emellertid under hela perioden ökat bland kvinnor, främst i åldrarna 45–65 år, och bland män över 65 år. Den ökade alkoholkonsum-

tionen under de senaste tio åren borde enligt accepterad teori inom alkoholforskningen innebära en ökad alkoholrelaterad dödlighet, åtminstone efter några års fördröjning. Så har dock inte blivit fallet. Enligt Socialstyrelsen är en trolig orsak till det att det främst är ungdomar som påverkats av den ökade tillgängligheten till alkohol som öppethållande på lördagar, större införselkvoter och lägre priser har inneburit. De flesta riskkonsumenter av alkohol är unga män och kvinnor. Dödsfall på grund av alkoholmissbruk sker vanligtvis först i 60-årsåldern och effekten av den ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomarna kommer alltså i detta avseende inte att bli synlig förrän om tre eller fyra decennier. Fram till dess är det troligt att dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar kommer att minska samtidigt som den totala alkoholrelaterade sjukdomsördan kan komma att öka.

Hörselskadande buller är en ökande hälsorisk för barn

Barnens miljöhälsoenkät 2003 visar att den miljörelaterade hälsan hos barn i Sverige generellt är god, även om t.ex. allergisjukdomar är ett betydande problem. Oroande är också att barn och ungdomar utsätts för hörselskadande buller i en omfattning som inte skett tidigare. I daghem och skolor har ljudnivåer uppmätts som i vissa fall överskrider den gräns för när hörselskydd måste bäras enligt arbetsmiljölagstiftningen. Var sjunde 12-åring, vilket motsvarar nästan 18 000 barn, upplever obehag av buller i eller i närheten av hemmet. Något flera uppger att de har haft svårt att somna på grund av ljudstörningar.

4 Utvecklingen inom folkhälsopolitikens målområden

4.1 Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Regeringens bedömning: Människors möjligheter att delta aktivt i olika samhällsprocesser och att få inflytande påverkas av faktorer som utbildning, inkomst, kön, etnicitet, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder. Kvinnor och män i socialt och hälsomässigt utsatta grupper har oftare lågt valdeltagande, lågt deltagande i andra demokratiska processer, ett lågt socialt deltagande, en sämre kvalitet i sina sociala relationer och andra indikationer på utanförskap. Utanförskap medför i sin tur små möjligheter att påverka villkor som är negativa för hälsan. Aktuella studier har visat hur diskriminering av olika skäl påverkar människors hälsa negativt. Insatser för utsatta grupper som leder till att de i ökad utsträckning deltar i viktiga samhällsprocesser kan därför ge positiva hälsoeffekter. Därför är det pågående arbetet inom bl.a. politikområdena Demokratipolitik, Barnpolitik, Ungdomspolitik, Utbildningspolitik, Jämställdhetspolitik, Integrationspolitik, Kulturpolitik, Storstadspolitik, Bostadspolitik, Handikappolitik och Äldrepolitik som leder till ett ökat deltagande i samhället viktiga även ur ett folkhälsoperspektiv. Utvecklingen över tid skiljer sig för de olika bestämnings-

faktorerna inom målområdet. På flera punkter är utvecklingen positiv, till exempel ökar tillgängligheten för funktionshindrade i samhället. På andra punkter är trenden mer svår att avläsa och i några fall är den negativ. De senare gäller bl.a. bestämningsfaktorn Demokratisk delaktighet där valdeltagandet har minskat sedan år 1976.

Skr. 2005/06:205

Statens folkhälsoinstituts förslag

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Delaktighet och inflytande i samhället* har FHI i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr 2005/7557/FH) definierat sju bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt tio indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till åtta olika politikområden. Jämfört med FHI:s sammanställning har regeringen funnit att även politikområdet Äldrepolitik är väsentligt för bestämningsfaktorerna Demokratisk delaktighet, Socialt deltagande, Socialt stöd och Fysisk tillgänglighet. Likaså har regeringen funnit att politikområdet Barnpolitik är väsentligt för bestämningsfaktorerna Demokratisk delaktighet, Deltagande i Kulturaktivitet och Socialt deltagande.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Demokratisk delaktighet	Valdeltagande (andel röstande av röstberättigade i val till kommunfullmäktige) (h) Andel unga förstagångsväljare (riksdagsval)	Demokratipolitik Ungdomspolitik Äldrepolitik Barnpolitik
Jämställdhet	Jämställdhetsindex (h)	Jämställdhetspolitik
Diskriminering	Självupplevd diskriminering	Integrationspolitik
Deltagande i kulturaktivitet	Deltagande i kulturell verksamhet på länsnivå Kulturell verksamhet (andel av befolkningen som deltagit i/utövat kulturell verksamhet)	Kulturpolitik Barnpolitik
Socialt deltagande	Socialt deltagande	Socialtjänstpolitik Äldrepolitik
Socialt stöd	Emotionellt stöd Praktiskt stöd	Socialtjänstpolitik Äldrepolitik Barnpolitik
Fysisk tillgänglighet	Andel funktionshindrade som inte behöver gå i trappor för att komma ut eller in i sin bostad	Handikappolitik Bostadspolitik Äldrepolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: *Ungdomsstyrelsen* anser med anknytning till bestämningsfaktorn demokratisk delaktighet att det är angeläget att fortsätta arbeta för att underlätta för unga att delta i beslutsfattande på lokal nivå

och för att fler kommuner inrättar ungdomsråd eller liknande. Ungdomsstyrelsen anser att det dessutom är viktigt att öka ungdomars inflytande över skolan. *Konsumentverket* saknar ”tillgänglighet till information” som bestämningsfaktor då detta är en förutsättning för medborgarnas möjligheter att utöva sina rättigheter. Andelen hushåll med tillgång till Internet borde vara en indikator i folkhälsoarbetet.

Statistiska Centralbyrån (SCB) är positiv till förslaget om att utveckla JämIndex men är tveksam till att ensidigt satsa på användningen av index för att följa utvecklingen av folkhälsan. På nationell nivå finns det fler indikatorer att använda. *Jämställdhetsombudsmannen (JämO)* instämmer i huvudsak i rapportens beskrivning av situationen inom för myndigheten intressanta områden. JämO välkomnar särskilt att arbetet med de folkhälsopolitiska målen sker utifrån ett genusperspektiv. Myndigheten föreslår att statistik över anmälningar till JämO, till antidiskrimineringsbyråer och antalet ärenden hos fackförbund som gäller könsdiskriminering blir indikatorer när det gäller diskriminering.

Handikappombudsmannen (HO) är positiv till att Statens folkhälsoinstitut (FHI) lyfter fram utvecklingen av kunskap om diskrimineringens negativa påverkan på hälsa som ett av de prioriterade förslagen. *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)* framhåller att det finns ett tydligt samband mellan diskriminering och ohälsa, vilket framkommit i ett antal studier inom området. HomO påpekar att diskrimineringsfrågorna bör behandlas brett, inte begränsas till separata kapitel. Det är mycket vanligare att homo- och bisexuella personer har utsatts för kränkande behandling samt våld och hot om våld under det senaste året. *Integrationsverket* påpekar att utrikes födda kvinnors höga ohälsotal motiverar studier av arbetsvillkor ur ett kombinerat jämställdhets- och integrationsperspektiv. *Länsstyrelsen i Skåne län* anser att indikatorn ”Självupplevd diskriminering” bör innefatta barn och ungdomar.

Statens kulturråd delar FHI:s uppfattning att det är svårt att mäta kulturens påverkan på hälsa. De resultat som finns bör tolkas med försiktighet. Rådet har inget att invända mot det som tas upp under utvecklingen av arbetet med de folkhälsofrågor som berör dess eget ansvarsområde.

HomO framhåller att ett lågt socialt deltagande är ett problem bland homo- och bisexuella kvinnor i åldrarna 45–64 år. Integrationsverket lyfter fram bestämningsfaktorn socialt deltagande som mycket betydelsefull för verkets arbete.

Bestämningsfaktorn socialt stöd har inte kommenterats närmare av remissinstanserna.

HO anser inte att indikatorn ”Andel funktionshindrade som inte behöver gå i trappa för att komma ur eller in i sin bostad” är den mest lämpliga för att mäta tillgängligheten. Indikatorn för fysisk tillgänglighet bör utvecklas i samråd med Handisam. *Hjälpmiddelsinstitutet, (HI)* anser att den folkhälsopolitiska rapporten alltför lite uppmärksammar personer med funktionsnedsättningar. Hjälpmedel är väsentliga för flera av bestämningsfaktorerna. *Synskadades Riksförbund* anser att indikatorerna för delaktighet och inflytande behöver utvecklas i ett samarbete mellan FHI och handikapprörelsen. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt bestämningsfaktorn fysisk tillgänglighet.

Efter förslag från regeringen i propositionen Mål för folkhälsan fastställde riksdagen att *Delaktighet och inflytande i samhället* är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan och skall därmed utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

I det demokratiska samhället är utgångspunkten den enskilda människans möjligheter och förutsättningar att delta och påverka. Det betyder att alla medborgare, oavsett kön, etnicitet, religion, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder, skall ha jämlika möjligheter att vara delaktiga och utöva makt.

Sociala och ekonomiska orättvisor bidrar till ett ojämlikt deltagande i samhället och ett politiskt utanförskap. Brist på makt och möjligheter att påverka är inte bara ett problem för den som står utanför, det är också ett problem för det demokratiska samhället och det har även ett starkt samband med hälsa. För att nå ett jämlikt deltagande räcker det inte med att slå vakt om de rättigheter som traditionellt förknippats med demokratin, som yttrandefrihet, rätten till politiskt deltagande och föreningsfrihet. Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som rätten till utbildning, arbete, hälsa, bostad och till en egen kulturell identitet måste också förverkligas och stärkas.

Demokratisk delaktighet

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Demokratisk delaktighet avser hur samhällets invånare utnyttjar sina möjligheter att påverka politiska beslut. Detta kan ske genom deltagande i val eller genom att demonstrera, skriva insändare eller artiklar, bli medlem i politiska partier eller att ingå i beslutande församlingar.

I Sverige i dag är de politiska resurserna ojämnt fördelade mellan medborgare. De som är högutbildade, höginkomsttagare eller födda i Sverige förfogar över fler politiska resurser än lågutbildade, låginkomsttagare eller utrikes födda. Män som grupp förfogar över fler resurser än kvinnor. De resursstarka deltar också mer aktivt i den politiska processen. Deras intressen och behov får därför starkare genomslag. De har även ett bättre hälsotillstånd än lågutbildade, låginkomsttagare eller utrikes födda av vilka kvinnor har sämst hälsotillstånd. Det finns utländska studier som visar att i grupper eller områden där valdeltagandet är lågt är hälsoläget sämre än i samhället i övrigt. Flera tvärsnittsstudier bekräftar också att det finns ett samband mellan demokratisk delaktighet och självuppskattad hälsa. Bland annat verkar ett välutvecklat socialt kapital ha positiva konsekvenser för hälsan. Aktivt deltagande i föreningsliv och nätverk visar också samband med god hälsa.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

En av indikatorerna för att följa demokratisk delaktighet är valdeltagande. Riksdagen har på regeringens förslag beslutat att ett av de långsiktiga målen för deltagande skall vara att valdeltagandet skall öka väsentligt i de nationella och kommunala valen liksom i valet till Europaparlamentet (prop. 2001/02:80). Ett särskilt fokus i det långsiktiga arbetet är att val-

deltagandet skall höjas väsentligt bland kvinnor och män i de grupper som i dag röstar i mindre utsträckning än andra, t.ex. unga, arbetslösa och personer med utländsk bakgrund.

Det hittills högsta valdeltagandet vid val till riksdagen, 94 procent, nåddes 1976. År 1998 hade det sjunkit till 81,4 procent och år 2002 till 80,1 procent. I dessa val röstade kvinnor och män i lika stor utsträckning. Kvinnor har vanligen röstat i något större utsträckning än män. I 2002 års kommunalval låg valdeltagandet på 79 procent för kvinnor och 78 procent för män. Sammantaget minskade valdeltagandet 0,7 procentenheter jämfört med 1998 års val. Minskningen mellan 1998 och 2002 års val var dock avsevärt mindre än mellan 1994 och 1998 års val, vilket skulle kunna tyda på att trenden håller på att brytas. Dessutom ökade valdeltagandet i 25 kommuner och tre landsting mellan år 1998 och år 2002.

FHI har ställt samman studier om sambanden mellan hälsa och ett antal utvalda faktorer som socialt kapital, social delaktighet, föreningsaktivitet, politisk delaktighet och inflytande i samhället (FHI rapport 2005:2). Ingen av dessa studier visar dock på utvecklingen över tiden. Det finns en stor skillnad mellan olika sociala grupper. Valdeltagandet är lägre bland arbetslösa och i grupper med lägre inkomst medan de som är gifta eller sambor eller har ett stabilt och utvecklat socialt nätverk har ett högt valdeltagande. Vidare visar studierna att faktorer som individens föreningsaktivitet, förtroende för andra människor, politiskt intresse, partiidentifikation, tilltro till valhandlingens effektivitet och syn på röstningen som en medborgerlig dygd påverkar valdeltagandet. När det gäller valdeltagandet och hälsa visar studier att det finns ett statistiskt samband mellan valdeltagande och självuppskattad hälsa, dödlighet, aktivitets hinder orsakade av dålig hälsa och upplevd otrygghet i närsamhället.

Mellan sysselsatta och arbetslösa var skillnaden i valdeltagande oförändrad mellan valen 1998 och 2002. Däremot har skillnaden mellan dem med förgymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning ökat markant under senare år och särskilt i 1998 års val. Även skillnaden i valdeltagandet mellan svenskfödda och utrikes födda är stor. I 2002 års riksdagsval röstade ca 83 procent av de svenskfödda och ca 67 procent av de utrikes födda. I båda fallen var kvinnornas valdeltagande marginellt högre än männens. Andelen för de svenskfödda är densamma som i 1998 års val medan motsvarande andel för de utrikes födda då var ca 70 procent. Minskningen i valdeltagande bland de utrikes födda är dock inte statistiskt säkerställd.

Positivt var att valdeltagandet inte minskade bland utländska medborgare i valet till kommunfullmäktige mellan 1998 och 2002 års val. Forskare som analyserat orsaken antar att personvalsreformen är ett skäl då den lett till att invandrare haft möjlighet att driva sina egna personvalskampanjer och därmed lockat personer att rösta. Detta var tydligt i vissa storstadsområden där valdeltagandet brukar vara lågt. Valdeltagandet var sammanlagt ca 35 procent i båda valen. I detta fall fanns det emellertid en stor skillnad mellan kvinnor och män, med 39 respektive 31 procents valdeltagande år 2002.

En oroande trend är att valdeltagandet har fortsatt att minska bland förstagångsväljarna. År 1976 röstade ca 90 procent av både kvinnliga och manliga förstagångsväljare. Av de kvinnliga förstagångsväljarna röstade 73 procent i såväl 1998 som 2002 års val medan för manliga första-

gångsväljare minskade valdeltagandet från 75 till 68 procent. Valdeltagandet bland förstagångsväljare med utländskt medborgarskap var så lågt som ca 26 procent år 2002. Den första röstningserfarenheten är väsentlig för demokratin eftersom den fungerar som en katalysator för medborgarnas politiska intresse och engagemang under ungdomstiden och senare i livet. Att ungdomarna deltar mindre i valen kan vara ett tecken på att de inte ser det som möjligt att påverka samhället. Barns och ungas möjlighet till delaktighet och inflytande påverkar deras framtida intresse för att delta i och att påverka samhället.

Valdeltagandet tycks stiga med åldern upp till 65–69 år för att sedan minska. De enda ålderskategorier bland vilka valdeltagandet ökade perioden 1998–2002 var gruppen 55–59 år (ca en procentenhet) och personer över 70 år (ca två procentenheter). Dessa ökningarna är dock inte statistiskt säkerställda.

I valen till Europaparlamentet har valdeltagandet varit väsentligt lägre än i riksdagsvalen, under 40 procent både år 1999 och år 2004. De skillnader mellan olika grupper som har noterats i nationella val har konstaterats även i dessa val.

– Andra sätt att delta på som påverkar demokratisk delaktighet

Olika studier visar att det finns ett stort intresse för att påverka politiken och samhället i stort, även om deltagandet i politiska partier avtar och då särskilt bland unga. Det gäller även i marginaliserade områden. Engagemanget ökar i alla grupper, t.ex. ökar andelen som undertecknar uppdrag, skriver insändare och artiklar. Det ideella engagemanget i och utanför föreningslivet är fortsatt högt. Villigheten att ta uppdrag fortsätter att vara hög. I de folkvalda församlingarna har andelen kvinnor generellt, unga kvinnor och män och utrikes födda kvinnor och män ökat, även om de tillsammans med gruppen äldre är fortsatt underrepresenterade (SCB 2003, rapport 102 och 98).

Deltagande i kulturlivet är ett kraftfullt verktyg för demokratiskt deltagande och för rätten och möjligheten att uttrycka sig. Detta avspeglar sig i det av riksdagen antagna kulturpolitiska jämställdhetsmålet om att verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande.

– Insatser – övergripande

Regeringen tillkallade år 2004 en parlamentariskt sammansatt kommitté med uppgift att göra en samlad översyn av regeringsformen (dir. 2004:96). Kommitténs arbete skall koncentreras på att stärka och fördjupa den svenska folkstyrelsen, öka medborgarnas förtroende för demokratins funktionssätt och höja valdeltagandet. I uppdraget ingår att göra en utvärdering och översyn av hela valsyste­met. Vidare ingår vissa kommunala frågor i uppdraget, bl.a. det s.k. folkinitiativet. Kommittén skall redovisa sitt uppdrag senast den 31 december 2008.

En viktig del av arbetet med unga kvinnor och mäns inflytande och delaktighet utförs hos Sveriges många ungdomsorganisationer. På regeringens uppdrag fördelar Ungdomsstyrelsen årligen bidrag till deras verksamhet för att främja ungas organisering. Även Allmänna Arvsfonden ger stöd till projekt som syftar till att uppmuntra ungdomars demokratiska

deltagande. Myndigheten för skolutveckling har på regeringens uppdrag Skr. 2005/06:205 utarbetat ett stödmaterial för skolans möjligheter att samverka med politiska partier, deras ungdomsförbund och andra samhällspolitiskt engagerade organisationer utifrån den demokratiska värdegrund som skall prägla hela skolans arbete. Myndigheten har tagit fram skriften "Politik i skolan" med syftet att stödja skolorna och främja en positiv utveckling av samverkan mellan skolan och olika typer av politiska organisationer.

I mars 2006 tillsatte regeringen Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige (Ju 2006:27, dir. 2006:27). Delegationen har som uppdrag att stödja det långsiktiga arbetet med att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige. En av dess uppgifter är att samordna Europarådets kampanj Alla Olika Alla Lika som riktar sig specifikt till ungdomar. Kampanjen handlar om att med utgångspunkt i mångfald och delaktighet och en anda av ömsesidig respekt och förståelse delta i byggandet av fredliga samhällen.

För kvinnor och män med funktionshinder kan det finnas strukturella hinder för deltagande i de demokratiska processerna. Vallokalen måste vara tillgänglig och röstningsförfarandet hanterbart. Genom den nya vallagen (2005:837) som trädde i kraft den 1 januari 2006 stärktes de funktionshindrades ställning genom att kraven på röstningslokalers tillgänglighet skärptes. Valmyndigheten genomför även inför alla val särskilda informationsinsatser för synskadade och andra som har svårt att läsa normal text. För personer med intellektuella funktionshinder är det viktigt att informationen är utformad så att man förstår den demokratiska processen, om hur och varför man röstar.

Även insatser för att förbättra möjligheterna för kvinnor och män med funktionshinder att kunna delta som förtroendevald har genomförts. Regeringen avser att vidta ytterligare åtgärder under år 2006 för att stärka möjligheterna till politiskt deltagande för funktionshindrade i alla åldrar, bl.a. genom att öka kunskapen om tillgängligheten till den kommunala demokratins lokaler och om bemötande inom det politiska livet. I regeringens skrivelse En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (skr. 2005/06:95) lyfts frågor om diskriminering på grund av funktionshinder och andra frågor om funktionshindrades mänskliga rättigheter fram.

– Genomförda insatser för att främja ett ökat valdeltagande

Regeringen bedriver ett långsiktigt arbete för att öka valdeltagandet. I samband med 2002 års allmänna val samt 2004 års val till Europaparlamentet genomförde Valmyndigheten insatser inom ramen för sin verksamhet. Det handlade såväl om att se till att valmaterial fanns tillgängligt som att dialogen med regionala och lokala valmyndigheter fungerade väl. Myndigheten genomförde också särskilda informationsinsatser.

Inför 2002 års val tillfördes riksdagspartierna särskilda medel för att informera personer med utländsk bakgrund. Riksdagspartierna tillfördes även medel för information i samband med valet till Europaparlamentet år 2004. Under åren 2000–2002 genomfördes en särskild demokratisatsning, kallad Tid för demokrati, med syfte att öka medborgarnas medvetenhet om den demokratiska processen och deras deltagande i denna, särskilt i valen. Tid för demokrati vände sig särskilt till grupper med ett lågt valdeltagande som unga och personer med utländsk bakgrund. Inom ramen för storstads-

arbetet genomfördes mellanvalsinsatser och punktinsatser i samband med 2002 års val för att främja ett högt valdeltagande bland utsatta grupper i storstäderna. Skr. 2005/06:205

Även inför 2004 års val till Europaparlamentet genomförde regeringen en demokratisatsning för att stimulera ett ökat valdeltagande. Satsningen riktade sig till de delar av befolkningen som vid tidigare val röstat i lägre utsträckning än andra och bestod av en storstadssatsning och en satsning riktad till förstagångsväljare.

De senaste årens insatser för att öka valdeltagandet visar på positiva resultat i form av förbättrade förutsättningar för väljarna i röstningsförfarandet samt ökad kunskap om olika metoder för demokratifrämjande arbete. Erfarenheter från dessa åtgärder visar att insatser inför val måste kombineras med insatser under mellanvalsperioderna för att uppnå långsiktiga positiva effekter. För att öka valdeltagandet bland förstagångsväljarna är det viktigt att stimulera ungdomars demokratiska engagemang. Stöd till genomförande av skolval i gymnasieskolan och i grundskolans årskurs 7–9 är därför en viktig prioritering för regeringen. Resultatet av Skolval 2002 visar enligt Ungdomsstyrelsens utvärdering bl.a. på ett högt valdeltagande och en höjning av den politiska temperaturen i skolorna. Projektet ledde även till fördjupade kontakter mellan elevråd, skolor, myndigheter, lärare och andra aktörer, till stärkta elevråd och till ett genomslag för ungas engagemang i lokala och regionala frågor. Regeringen har beslutat att anslå medel till Ungdomsstyrelsen för att genomföra skolval år 2006. Projektet utgör en av flera aktiviteter som regeringen avser att initiera i samband med demokratisatsningen Delaktiga Sverige inför 2006 års val.

– Pågående insatser för ett mer jämlikt medborgerligt deltagande

Frågor som rör demokratisk delaktighet behandlas inom ramen för ett särskilt politikområde för Demokrati som även omfattar mänskliga rättigheter. Det övergripande målet för politikområdet är att värna och fördjupa folkstyrelsen. I skrivelsen Demokratipolitik (skr. 2003/04:110, bet. 003/04:Ku19) slår regeringen fast att demokratipolitiken bör omfatta både insatser för ett ökat och mer jämlikt medborgerligt deltagande, och insatser för att främja de mänskliga rättigheterna.

Regeringen försöker på olika sätt skapa möjligheter för ett ökat och mer jämlikt deltagande. Insatserna skall präglas av ett perspektivet mänskliga rättigheter. Med ett sådant perspektiv aktualiseras den grundläggande principen om rätten till likabehandling. Den är central för arbetet med att främja och underlätta deltagande och understryker att alla människor har lika rätt till politiskt deltagande utan diskriminering och att staten aktivt skall verka för att tillförsäkra dem denna rättighet.

Det finns i dag ett stort antal kvinnor och män som upplever ett utanförskap i förhållande till de demokratiska processerna. Ofta är det de som är mest marginaliserade och utsatta i samhället som har sämst förutsättningar att delta och är mest utsatta hälsomässigt. Utanförskapet är ett hot mot demokratin, inte enbart för dem som är utanför, utan för alla. Det finns också en koppling mellan kränkningar av de mänskliga rättigheterna och utanförskap. Samhället måste uppfylla sina skyldigheter gentemot de enskilda människorna för att dessa skall kunna och vilja vara delaktiga i samhället. Det gäller inte endast de medborgerliga och politiska rättig-

heterna, utan även de ekonomiska, sociala och kulturella, som rätten till bästa möjliga hälsa. En av demokratipolitikens främsta utmaningar är att verka för en mer jämlik fördelning av resurser i syfte att öka förutsättningarna för ett ökat och mer jämlikt medborgerligt deltagande, där bl.a. insatser för att öka kunskapen och medvetenheten om mänskliga rättigheter bör ingå. Ytterligare en prioriterad fråga i demokratiarbetet är att synliggöra och motverka strukturella hinder som påverkar olika individers deltagande och därmed makt och inflytande. Då det finns ett starkt samband mellan folkhälsa och brist på makt och möjligheter att påverka får arbetet med att minska utanförskap och skapa ett ökat och mer jämlikt deltagande även positiva effekter på folkhälsan.

– Åtgärdsprogrammet Delaktiga Sverige

För att bekämpa utanförskapet och öka människors delaktighet i det svenska samhället har regeringen avsatt 22 miljoner kronor för en demokratisatsning inför 2006 års val som har fått namnet Delaktiga Sverige. Det är ett åtgärdsprogram med syfte att bekämpa utanförskap och att öka människors delaktighet i det svenska samhället. Åtgärdsprogrammet löper mellan åren 2006 och 2009 och är uppdelat i olika aktiviteter som syftar till att bidra till att öka människors makt att påverka såväl sin vardag som samhället i stort. Aktiviteterna skall även ge ökad kunskap om hur väl olika metoder fungerar för att minska utanförskapet och öka delaktigheten. Vidare skall politiker ges bättre kunskap om vilka utmaningar Sverige står inför. Slutligen skall aktiviteterna ge underlag till den framtida demokratipolitiken. Delaktiga Sverige riktar sig främst till dem som deltar i lägst utsträckning. De aktiviteter som skall genomföras inom ramen för Delaktiga Sverige är bl.a. valinformation, skolval, insatser för stärkt medborgarinflytande mellan valen, nätverk för att förbättra villkoren för förtroendevalda med utländsk bakgrund, åtgärder för att stärka funktionshindrades möjligheter till politiskt deltagande och rådslag om demokrati, mänskliga rättigheter och delaktighet.

– En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009

Den första nationella handlingsplanen för mänskliga rättigheter, En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna (skr. 2001/02:83), lades fram i januari 2002 och avsåg perioden 2002–2004. I mars 2006 lämnade regeringen den andra nationella handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna till riksdagen, En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (skr. 2005/06:95). Regeringens långsiktiga mål är full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige. Detta innebär att de mänskliga rättigheterna – såväl de medborgerliga och politiska rättigheterna som de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna – inte får kränkas. I handlingsplanen aviseras åtgärder för att stärka skyddet för vissa rättigheter och åtgärder som syftar till ökad kunskap och förbättrad samordning av arbetet för de mänskliga rättigheterna. Diskriminering utgör det allvarligaste hindret för förverkligandet av de mänskliga rättigheterna på nationell nivå. Arbetet mot diskriminering utgör därför en högt prioriterad fråga för regeringen.

Handlingsplanen fokuserar på åtgärder mot diskriminering, bl.a. icke-diskrimineringsstrategier för statliga myndigheter och insatser mot diskri-

minering i statligt ägda bolag. Vidare avser regeringen bl.a. att undersöka möjligheten att förena bidrag till föreningslivet med krav på icke-diskriminering, utarbeta en handlingsplan mot könsdiskriminerande löneskillnader, genomföra särskilda åtgärder för att stärka romernas situation och införa förbud mot diskriminering på grund av ålder i arbetslivet. Planen omfattar också en rad andra rättighetsfrågor. Regeringen avser bl.a. att kartlägga våld mot funktionshindrade och ge myndigheter inom rättsväsendet (Rikspolistyrelsen, Åklagarmyndigheten, Domstolsverket) i uppdrag att fortsätta sitt arbete mot mäns våld mot kvinnor, bl.a. i avsikt att öka lagföringen.

Som ett led i genomförandet av handlingsplanen inrättade regeringen i mars 2006 även Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige (Ju 2006:02, dir. 2006:27). Delegationens uppdrag omfattar bl.a. att stödja statliga myndigheter, kommuner och landsting i det långsiktiga arbetet med att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i verksamheten. I uppdraget ingår bl.a. att genomföra strategier för ökad information och kunskap om de mänskliga rättigheterna hos olika målgrupper i samhället. Delegationen skall särskilt beakta vikten av att information om de mänskliga rättigheterna finns på olika språk, däribland de nationella minoritetsspråken och det svenska teckenspråket, samt är tillgänglig för människor med funktionshinder.

- Behov av kunskap om sambandet mellan demokratisk delaktighet och hälsa

Det finns behov av ytterligare kunskap om sambandet mellan demokratiskt deltagande och hälsa. Därför anser regeringen att det är betydelsefullt att fortsättningsvis följa kunskapsutvecklingen inom området, bl.a. för att komplettera nuvarande indikatorer.

Jämställdhet

- Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Ojämställdheten i samhället påverkar kvinnors och mäns livsvillkor och möjligheter att delta i samhället på lika villkor. Detta leder i sin tur till skillnader i hälsa mellan kvinnor och män. Kvinnor lider i högre utsträckning av stressrelaterad sjuklighet, söker oftare sjukvård, konsumerar mer läkemedel och är sjukskrivna i betydligt större utsträckning än män. Mäns dödstal ligger dock i alla åldrar på en högre nivå än kvinnornas, främst till följd av högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdom, skador och alkoholrelaterad sjukdom.

Skillnaderna kan inte enbart förklaras av biologiska faktorer utan beror till stor del på sociala och kulturella faktorer som utbildning, arbete, fördelning av hemarbetet, födelseland och vistelsetid i Sverige. Bland annat Socialstyrelsen har visat att dessa skillnader mellan könen även är beroende av födelseland. Mäns kortare livslängd är i hög grad knuten till riskorienterade beteenden som kan leda till förtida död genom olycksfall, våld, alkoholmissbruk, rökning och självmord. Dessutom är kvinnors och mäns villkor fortfarande olika på arbetsplatsen, i familjelivet och i det sociala livet.

För personer som är i behov av hjälp och stöd påverkas villkoren också av samhällets syn på kvinnor respektive män. Det innebär att regler, rutiner, bedömningar och lagtolkningar får olika konsekvenser för kvinnor och män. Det gäller i hög grad barn, unga och vuxna med funktionshinder. Skr. 2005/06:205

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

I Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) framhåller FHI behovet av att följa upp utvecklingen av jämställdheten över tiden och att relevanta indikatorer behöver utvecklas. I propositionen Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken (prop. 2005/06:155 s. 56) framhöll regeringen att uppföljning av jämställdhetspolitiken bör systematiseras, fördjupas och förbättras. I detta syfte bör utvärderingar av jämställdhetspolitiken göras med fyra års mellanrum i form av en jämställdhetspolitisk rapport där en redogörelse görs för utvecklingen i samhället samt vilka effekter och resultat som jämställdhetspolitiken har gett upphov till. Regeringen avser att utarbeta etappmål kopplade till delmålen samt indikatorer för att följa hur måluppfyllelsen av etappmålen och delmålen utvecklas.

Jämställdheten i landet följer ett tydligt mönster där storstadsregionerna är mer jämställda än andra regioner. Storstadsregionerna kännetecknas i genomsnitt av en liten skillnad mellan kvinnor och män när det gäller andel högutbildade, sysselsatta och arbetslösa. I storstadsregionerna är kvinnor och män även mer jämnt fördelade på olika branscher och kvinnor har en högre politisk representation i kommunfullmäktige och i kommunstyrelser. Det finns dock stora variationer mellan olika delar inom storstadsregionerna, både när det gäller jämställdhet och ohälsa. I ett antal bostadsområden förekommer höga ohälsotal.

FHI bedömer i Folkhälsopolitisk rapport 2005 det som angeläget att jämställdhetsanalyser utgör en reguljär del av planeringsunderlaget för folkhälsoinsatser på nationell, regional och lokal nivå.

– Insatser för jämställdhet i inflytande

I mars lämnade regeringen propositionen Makt att forma samhälle och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken (prop. 2005/06:155) till riksdagen. I propositionen lämnade regeringen förslag till nya mål för jämställdhetspolitiken. Som övergripande mål föreslogs att kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Det övergripande målet kompletteras med fyra delmål.

En central fråga för en ökad jämställdhet är utvecklingen av kvinnors och mäns makt och inflytande i samhället. I den ovan nämnda propositionen (sid. 10–11) konstaterar regeringen att det har skett en kraftig ökning av andelen kvinnor i riksdagen sedan början av 1990-talet. Andelen har ökat från 33 procent efter valet år 1991 till 45 procent efter 2002 års val. En motsvarande ökning har skett i kommun- och landstingsfullmäktige. Regeringen framhöll dock att makten att påverka politiken inte bara är en fråga om representation. Lika viktigt är att påverka dagordningen och förutsättningarna för beslutsfattande. Högre upp i hierarkin, exempelvis på ordförandeposter, råder mansdominans. Ordförandeposter i utskotten innehas till två tredjedelar av män. Kvinnor är oftare representerade i utskott

och nämnder som ansvarar för vård, omsorg utbildning, män är oftare Skr. 2005/06:205 representerade inom områden som ekonomi, teknik och transporter.

När det gäller de statliga företagens styrelser var ett delmål att andelen kvinnor i styrelserna skall uppgå till minst 40 procent. Målet nåddes i juni 2003. Fram till maj 2005 ökade andelen till 43 procent.

I den ovan nämnda propositionen konstaterade regeringen att utvecklingen gått långsamt när det gäller könsfördelningen i börsföretagens styrelser. År 2005 var endast 16 av ledamöterna var kvinnor. Frågan om och i så fall hur en kvotering på grund av kön kan införas i svensk lagstiftning när det gäller styrelserna, framför allt i publika företag, utreds f.n. (dnr Ju/2005/5704/P).

– Insatser för att öka kunskapen om skillnader mellan könen

En rad myndigheter har i sina regleringsbrev för år 2006 fått i uppdrag av regeringen att på olika sätt beakta och analysera kvinnors och mäns villkor. Så skall t.ex. Socialstyrelsen i sin verksamhet belysa, analysera och beakta kvinnors och mäns villkor i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen och verka för att jämställdhetsperspektivet integreras i det praktiska arbetet hos huvudmännen. Handikappombudsmannen (HO) skall ange hur många diskrimineringsärenden som rör kvinnor respektive män med funktionshinder och Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) skall uppmärksamma skillnader i levnadsvillkor mellan kvinnor och män med funktionshinder.

– Regionalt arbete

Länsstyrelserna ansvarar för att den nationella jämställdhetspolitiken får genomslag regionalt och lokalt. De skall vara ett stöd för arbetsplatser inom respektive län och arbeta för att initiera, stödja och bygga upp en ny kunskap inom jämställdhetsområdet. Kommunerna arbetar bl.a. med att ta fram jämställdhetsplaner, utbildningar i jämställdhet/genus för lärarna i kommunen samt gör särskilda satsningar på unga kvinnor och unga män genom jämställdhetsprojekt och tjejjourer.

Diskriminering

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Diskriminering reducerar de drabbades möjlighet till delaktighet och inflytande i samhället. Särskilt allvarligt är om människor utestängs från arbetsmarknaden eller särbehandlas i arbetslivet eftersom arbete för de allra flesta är grunden för en lyckad integration och ett hälsosamt liv.

Ett flertal studier visar att det finns ett samband mellan upplevd etnisk diskriminering och hälsa. Det saknas dock fortfarande mycket kunskap kring hälsoeffekter av diskriminering på grund av sexuell läggning, socioekonomisk ställning, trosuppfattning, kön, ålder eller funktionshinder. Det finns enligt FHI ett stort behov av svensk forskning och kartläggning inom området.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Integrationsverket har undersökt befolkningens attityder till etnisk och kulturell mångfald vid fyra tillfällen sedan år 1999. Attityderna tycks vara desamma under hela perioden. Strax över 70 procent av de tillfrågade instämde helt eller delvis i påståendet att det är bra för Sverige att människor från olika kulturer blandas med varandra. Regeringen kan därför konstatera att merparten av befolkning har en grundläggande positiv attityd till ett mångkulturellt Sverige, men också att denna andel borde bli högre.

En av frågorna i FHI:s nationella folkhälsoenkät berör kränkande behandling. Det är vanligare att kvinnor upplever att de har blivit utsatta för sådan. Andelen kvinnor och män som anger att de har utsatts för kränkande behandling minskar kraftigt med åldern. Hos kvinnor mellan 65 och 84 år är det 12 procent och motsvarande andel för åldersgruppen 18 och 29 år är 47 procent. Här kan man även se tydliga skillnader mellan personer födda i Sverige respektive utomlands. Kvinnor födda i övriga Norden och Europa och män födda utanför Norden uppger att de har utsatts för kränkande behandling i större utsträckning än de som är födda i Sverige. Det samma gäller homo- och bisexuella och transpersoner. Enligt FHI:s redovisning om homo- och bisexuella och transpersoners (hbt-personers) hälsosituation (dnr S2005/10569/FH) är det vanligt att personer i dessa grupper känner sig utsatta för diskriminering, våld och trakasserier på grund av sin sexuella läggning. Detta gäller särskilt kvinnor. FHI anser det troligt att detta är en förklaring till den betydligt sämre psykiska hälsan hos HBT-personer än hos befolkningen i övrigt. FHI förespråkar därför att HomO får förbättrade möjligheter att på bred front arbeta mot diskriminering och homofobi i samhället.

FHI bedömde i Folkhälsopolitisk rapport 2005 det som angeläget att det lokala och regionala arbetet mot diskriminering stärks genom satsningar på att få fram mer kunskaper om diskrimineringens negativa påverkan på hälsan bland utsatta grupper i samhället.

– Ombudsmän och diskrimineringslagstiftning

Det finns flera lagar med syfte att motverka diskriminering:

- Jämställdhetslagen (1991:433) som gäller villkoren i arbetslivet.
- Lagen (1999:130) om åtgärder mot diskriminering i arbetslivet på grund av etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning.
- Lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder.
- Lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning.
- Lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan.
- Lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering.
- Lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever.

Den sistnämnda lagen trädde i kraft den 1 april 2006. Ändamålet är att motverka diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder i de verksamheter som regleras av skollagen. Därutöver skall lagen förhindra och förebygga annan kränkande behandling som inte direkt kan hänföras till dessa diskrimineringsgrunder.

DO, JämO, HO och HomO utövar i olika delar tillsyn över dessa lagar Skr. 2005/06:205 och bedriver opinions- och informationsarbete med anknytning till sina respektive frågor.

– Nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna

I regeringens nationella handlingsplan för de mänskliga rättigheterna (skr. 2005/06:95) aviseras att det skall övervägas vilka åtgärder som kan vidtas för att öka förutsättningarna för en god hälsa bland personer som utsätts för diskriminering. Bakgrunden är flera uppdrag som har lämnats till FHI om förhållandet mellan diskriminering och hälsa. Bland annat har FHI nyligen lämnat med en rapport om hälsosituationen för homo- och bisexuella samt transpersoner (se ovan). FHI bedriver även projektet Diskriminering och hälsa tillsammans med DO, HO och HomO. Projektet omfattar bl.a. framtagande av kunskapsunderlag samt analys och kompletterande studier inom området.

– Diskrimineringskommittén

Diskrimineringskommittén (dir. 2002:11, 2003:69, 2005:8) har haft i uppdrag att se över en samlad diskrimineringslagstiftning. Kommittén har bl.a. analyserat vilka former av missgynnande på grund av bristande tillgänglighet som ett generellt diskrimineringsförbud skall omfatta, och vem som i olika situationer skall bära ansvaret för olika hinder eller brister i detta avseende. Kommittén lämnade sitt slutbetänkande En sammanhållen diskrimineringslagstiftning (SOU 2006:22) i februari 2006. Tillgänglighet som bestämningsfaktor beskrivs nedan.

– Övriga insatser

I 2006 års vårproposition (prop. 2005/06:100) behandlar regeringen ett antal förslag som innebär ett förstärkt antidiskrimineringsarbete. Det gäller:

- bättre tillsyn av diskrimineringslagstiftningen,
- förstärkning av antidiskrimineringsbyråer,
- försök med avidentifierade ansökningshandlingar,
- bekämpning av diskriminering i rättsväsendet,
- utvidgning av storstadsarbetet samt
- snabb integration av dem som fått permanent uppehållstillstånd till följd av den tillfälliga asyllagen.

Integrationsverket har i uppdrag att motverka diskriminering, rasism och främlingsfientlighet. Myndigheten samarbetar bl.a. med DO samt med föreningar och organisationer i det civila samhället. Under år 2004 initierade Integrationsverket ett antal större utvecklingsprojekt för att utveckla metoder för ökad integration i det svenska samhället. De projekt som tilldelats stöd har fokus på att främja nyanländas inträde på arbetsmarknaden och utveckla verksamhet och metoder som motverkar diskriminering vid nyanländas etablering på arbetsmarknaden.

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Deltagande i kulturlivet skapar samhörighet, stärker den individuella utvecklingen och är ett kraftfullt verktyg för demokratiskt deltagande och för rätten och möjligheten att uttrycka sig. Detta avspeglar sig i de av riksdagen antagna kulturpolitiska målen om att värna yttrandefriheten samt att verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande.

FHI framhåller att det är svårt att mäta kulturens påverkan på hälsan och resultaten bör tolkas med försiktighet. Olika studier pekar på att kulturaktiviteter kan motverka och förebygga ohälsa, oberoende av tidigare kulturvanor. Kulturupplevelser är sociala till sin natur vilket gör det svårt att i forskning isolera effekten av kulturupplevelsen i sig. Flera studier visar att olika former av socialt deltagande, exempelvis i föreningar, är positivt för hälsan.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Svenskarna har blivit alltmer kulturaktiva. Under de senaste decennierna har bl.a. biblioteks- och teaterbesöken ökat markant. En av drivkrafterna bakom det ökande kulturdeltagandet tros vara urbaniseringen och den kraftigt höjda utbildningsnivån.

Kulturvanorna skiljer sig avsevärt mellan grupper och mellan kvinnor och män inom och mellan grupperna. Tjänstemän ägnar sig i högre utsträckning än arbetare åt kulturella aktiviteter som att läsa böcker, besöka bibliotek samt delta i studiecirkel. Kvinnor besöker bibliotek oftare än män och går på teater medan män i högre utsträckning än kvinnor besöker olika idrottsevenemang samt utövar någon hobby på fritiden. När det gäller regionala skillnader är människor i allmänhet mer kulturaktiva i tätbebyggda regioner (tabell 4.1).

Tabell 4.1 Kulturaktiviteter under de senaste tolv månaderna i ett genomsnitt för åren 1996–1999 (senaste tillgängliga data) efter H-region. Procent av befolkningen 16–84 år som minst en gång per år deltagit i aktiviteten Kv. = kvinnor, M. = män.

1996–1999	Teaterbesök		Konsertbesök		Bibliotek		Studiecirkel, kurs		Sjungit i kör/grupp	
	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.
H1 Stockholm	55,2	46,2	49,4	49,2	63,6	55,4	25,3	18,1	7,8	5,0
H2 Göteborg och Malmö	50,1	41,1	46,1	47,0	65,2	60,8	29,2	21,1	6,7	5,4
H3 Större städer	42,5	33,1	45,8	44,4	64,2	52,6	26,7	21,3	6,6	5,0
H4 Södra mellanbygden	35,7	29,1	40,6	38,8	58,7	48,6	27,8	22,8	7,5	5,1
H5 Norra tätbygden	35,7	27,6	46,4	44,4	62,8	51,2	31,6	23,7	8,1	5,2
H6 Norra glesbygden	29,6	22,3	34,8	35,8	58,4	45,4	28,7	24,8	7,7	4,3

Källa: Statens kulturråd.

Inte minst inom storstadsområdena finns det stora skillnader mellan olika områden. Inom dessa genomförs därför breda kulturinsatser i syfte att minska segregationen och skapa jämlika levnadsvillkor mellan människor. Skr. 2005/06:205

– Forskning

Regeringen anser att kunskapen inom området bör stärkas och har därför avsatt fem miljoner kronor till mångvetenskaplig forskning om kultur och hälsa hos Vetenskapsrådet fr.o.m. år 2006. FHI redovisar i Kultur för hälsa, en exempelsamling från forskning och praktik (Rapport R 2005:23) en kartläggning av aktuell forskning inom området.

– Strategiskt kulturpolitiskt arbete

År 2004 genomförde dåvarande Kulturdepartementet ett första seminarium riktat mot arbetslivet under rubriken Kultur som friskvård i arbetslivet. Ett diskussionstema gällde möjligheten att jämställa kulturaktiviteter med friskvård. Under åren 2005 och 2006 genomför Statens kulturråd tillsammans med Skådebanan Västra Götaland tre nationella seminarier med fokus på kultur, arbetsliv och hälsa, där företagsledare, forskare m.fl. deltar.

Regeringen lyfter i sin kulturpolitiska Dagordning för kultur 2003–2006 fram vikten av nå ut med kultur i arbetslivet ur ett hälsoperspektiv och som ett sätt att öka delaktigheten och deltagandet i kulturen. Genom anslagsposten Kultur i arbetslivet, som Statens kulturråd disponerar, kan bidrag till arbetsplatsprojekt med inriktning mot kultur och hälsa prioriteras. Statens kulturråd har i uppdrag att arbeta för att de kulturpolitiska målen får genomslag i samhället och att kulturpolitiska aspekter på utvecklingen beaktas inom andra områden, däribland folkhälsoområdet. Rådet har haft i uppdrag att identifiera sin roll inom folkhälsoområdet (se avsnitt 5.1) och även deltagit i den Nationella ledningsgruppen för folkhälsa och där bl.a. beskrivit dansens betydelse för hälsan. Inom ramen för den nationella satsningen för att främja barns och ungdomars fysiska aktivitet har Statens kulturråd tillsammans med Myndigheten för skolutveckling, Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdom och Elevorganisationen i Sverige initierat ett Nationellt utvecklingsprogram för dans i skolan där syftet är att etablera dans som ett inslag i det ordinarie skolarbetet.

I augusti 2005 överlämnade Statens kulturråd en strategi för arbetet med kultur och folkhälsa till regeringen (dnr S2005/6577/FH). Strategin inriktas på de målområden inom folkhälsopolitiken som sammanfaller med den kulturpolitiska inriktningen. Här ingår målområdena *Delaktighet och inflytande i samhället*, *Trygga och goda uppväxtvillkor*, *Ökad hälsa i arbetslivet*, *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård* samt *Ökad fysisk aktivitet*. I strategin ingår bl.a. att undanröja hinder för människors deltagande i kulturlivet, etablera kulturen ur ett folkhälsoperspektiv med regionala aktörer, samla och sprida kunskap om kultur och folkhälsa och att tillsammans med FHI medverka i att ta fram statistik och uppföljningssystem inom folkhälsa och kultur på nationell nivå.

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

För att må bra har människor behov av att känna delaktighet och möjlighet att påverka sina egna liv och samhällsutvecklingen. Känsla av sammanhang och meningsfullhet är begrepp som ofta återkommer när det gäller att förstå varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra. Att individer känner sig socialt delaktiga är även en förutsättning för att man skall kunna förstå det samhälle man lever i. Forskningen inom området har visat att låg delaktighet ger en ökad risk för hjärtinfarkt samt att personer med låg delaktighet röker mer och är mer fysiskt inaktiva på fritiden än andra grupper. Att vara socialt aktiv och att ha en meningsfull uppgift minskar även risken att drabbas av psykisk ohälsa och att i förtid utveckla demenssjukdom.

I FHI:s rapport Frivilliga insatser och hälsa (2005:47) undersöktes för första gången sambanden mellan fysisk och psykisk hälsa och frivilliga insatser i samhället. De som arbetar frivilligt eller har tillgång till andra typer av informella nätverk har ett större socialt kapital vilket påverkar hälsan positivt. De frivilligt aktiva har i genomsnitt bättre hälsa än de som inte är aktiva. Enligt undersökningen finns det skillnader inom gruppen frivilligt aktiva. Socialt deltagande verkar ha större positiv effekt på äldres hälsa än på yngres. För de senare finns ingen mätbar skillnad. Det finns också större hälsoskillnader mellan kvinnor som arbetar frivilligt och de som inte gör det än mellan motsvarande grupper av män.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

FHI kartlade år 2004 det sociala deltagandet. Kartläggningen redovisas i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH). En person anses ha lågt socialt deltagande om han eller hon deltar i högst en av 13 aktiviteter som räknas upp i FHI:s nationella folkhälsoenkät. Det fanns tydliga skillnader mellan olika grupper. Det finns även skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Yrkesarbetande av båda könen har vanligen hög social delaktighet. Långtidssjukskrivna kvinnor och ålderspensionärer (drygt 40 procent för båda könen) har ofta ett lågt socialt deltagande. Ett lågt socialt deltagande är betydligt vanligare bland män i arbetaryrken (28 procent) än bland män i tjänstemannayrken (10 procent). För gruppen män i åldrarna 65–84 år har andelen helt socialt isolerade ökat något. Förklaringar till denna utveckling kan vara att färre får insatser från kommunerna och att anhöriga och föreningar inte har samma möjlighet att ställa upp som tidigare.

– Insatser för ökad delaktighet

Regeringen har uppmärksammat delaktighet som en viktig fråga inom storstadspolitiken. Ett av regeringens åtta långsiktiga målområden för att bryta den sociala och etniska segregationen i storstadsregionerna är att *det demokratiska deltagandet och delaktigheten bör öka i utsatta bostadsområden* (prop. 1997/98:165). Regeringen redovisar i budgetpropositionen för år 2006 att under de år som storstadsarbetet har pågått har det skett en positiv utveckling. Den samlade bilden är att dialogen med boende har breddats och kontaktytorna blivit fler mellan stadsdelsförvaltningarna och de boende, men även mellan andra lokala aktörer och de boende. I flertalet

stadsdelar finns i dag strategiska mötesplatser för dialog: t.ex. Idépunkten i Norra Biskopsgården (Göteborg), Strategiforum i Flemingsberg (Huddinge) och Kvarterslyften i Södra Innerstan (Malmö). Trots det måste det samtidigt påpekas att skillnaderna fortfarande är betydande i förhållande till riksnivån när det gäller andra sätt att mäta, t.ex. valdeltagande. Även andra kommuner har genomfört motsvarande insatser. Dessa erfarenheter bör enligt FHI tas till vara och spridas till fler kommuner, landsting och regioner. Särskilt viktigt är det att boende i utsatta stadsdelar ges möjligheter till ökad delaktighet och inflytande över utvecklingen av den egna stadsdelen och de egna livsvillkoren.

I den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79) slår regeringen fast att handikappolitiken skall inriktas på att identifiera och att undanröja hinder för funktionshindrades möjligheter till full delaktighet och jämlikhet i samhället. Bristande tillgänglighet och bemötande leder till att kvinnor och män samt flickor och pojkar med funktionshinder inte har samma möjligheter som andra att göra sina egna val ifråga om t.ex. delaktighet i samhällslivet. Att förbättra tillgängligheten är ett av de centrala målen i handlingsplanen. Tillgänglighet används som samlande begrepp för både tillgänglighet och användbarhet och har olika innebörd för personer med olika funktionshinder. Alla samhällssektorer har ett ansvar för att genomföra de åtgärder som behövs för att funktionshindrade skall kunna delta i samhället på lika villkor som andra. En uppföljning av den nationella handlingsplanen har lämnats till riksdagen i mars 2006 (skr. 2005/06:110).

Förebyggande insatser för ungdomar som riskerar att hamna i kriminalitet, missbruk eller socialt utanförskap behandlas i avsnitt 4.3.

Föreningsmedlemskap är en annan viktig del av ungdomars sociala deltagande. Ungdomsstyrelsen delar årligen ut omkring 70 miljoner kronor i statsbidrag till ungdomsorganisationer för att främja barns och ungdomars demokratiska fostran, främja jämställdhet mellan könen och jämlikhet mellan olika ungdomsgrupper, ge barn och ungdomar en meningsfull fritid och för att engagera fler ungdomar i föreningslivet. Därtill kommer ca 140 miljoner kronor från AB Svenska Spels överskott som Ungdomsstyrelsen fördelar till ungdomsorganisationernas lokala verksamheter.

Det finns en stor potential för utveckling av den ideella sektorn som vänder sig till äldre och deras anhöriga. Närmare hälften av befolkningen i åldrarna 65 år och äldre är medlemmar i en eller flera pensionärsföreningar. Många äldre blir också allt mer engagerade i frivilligt socialt arbete. Regeringen verkar för att kommunerna skall hitta nya och fördjupade former för samverkan med frivilliga och ideella krafter. Från och med år 2006 ges ca 20 miljoner kronor årligen i stimulansbidrag till kommunerna för detta ändamål, se Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115, s. 93–96).

Socialt stöd

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Människors sociala relationer är av stor betydelse både för det egna välbefinnandet och för möjligheten att handskas med redan uppkomna hälsoproblem. Ett flertal studier visar att personer som har fungerande infor-

mella sociala nätverk har en bättre självrapporterad hälsa samt färre hjärt-kärlsjukdomar än personer som inte har det. Detta beror antagligen på att de med ett bra socialt nätverk i mindre grad utsätts för stress. Det är också väl belagt att sociala relationer har stor betydelse för t.ex. rökvanor, alkoholvanor och andra former av riskbeteende samt kost- och motionsvanor.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

FHI kartlägger genom sin nationella folkhälsoenkät förekomsten av socialt stöd för olika grupper. Kompletterande information erhålls genom Statistiska centralbyråns (SCB:s) Undersökningar av levnadsförhållanden, (ULF). Dessa har genomförts sedan år 1975 och berör bl.a. sociala relationer. Under den senaste tjugoförårsperioden har andelen personer som uppger att de saknar en nära vän minskat. Däremot har antalet äldre (65–84 år) som är socialt isolerade ökat något mellan år 1985 och år 2003. Mer än var tredje person över 65 år känner oro över att bli ensam när han eller hon tänker på sin framtid. Var femte person över 80 år uppger att han eller hon har ett tydligt behov av medmänsklig kontakt.

Enligt SCB har män en sämre kvalitet i sina sociala relationer än kvinnor utom i åldersgruppen 65–84 år. Bland äldre finns en med åldern ökande grupp som har mycket små nätverk och svagt socialt stöd. Efter som maken/makan oftast är den viktigaste källan till det sociala stödet bland de allra äldsta, måste äldre ensamstående kvinnor anses vara mycket sårbara i detta hänseende. En orsak är att kvinnor vanligen gifter sig med något äldre män och att männens medellivslängd i Sverige är drygt fyra år kortare än kvinnornas.

Det är viktigt att motverka isolering för att minska stress, öka livskvaliteten och därigenom motverka risk för depression. Förhållandet att antalet platser i särskilt boende minskar kan leda till att fler äldre upplever isolering och ensamhet i framtiden. Öppna dagverksamheter, väntjänstcentraler, mötesplatser som matserveringar och andra verksamheter i kommunens eller andra organisationers regi motverkar samtidigt isolering och ensamhet.

Det finns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Kvinnor och män i arbetaryrken saknar emotionellt stöd oftare än tjänstemän. Kvinnor och män födda utanför Norden saknar emotionellt stöd i större utsträckning än de som är födda i Sverige. FHI:s kartläggning av HBT-personers hälsa visar att de oftare än befolkningen i övrigt saknar emotionellt stöd och att de känner att de inte kan lita på merparten av människorna.

FHI har även kartlagt vilken möjlighet människor har att få hjälp när de har praktiska problem eller är sjuka. Det är vanligare att män än kvinnor saknar praktiskt stöd och andelen ökar med åldern. Kvinnor och män födda utanför Norden saknar praktiskt stöd i större utsträckning än de som är födda i Sverige.

Fysisk tillgänglighet

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Tillgänglighet är en grundläggande förutsättning för människors delaktighet i samhället. En otillgänglig omgivning inskränker rörelsefriheten

och valfriheten för många människor. För att bestämma över sin egen tillvaro är det viktigt att kunna ta sig dit man vill, att kunna välja den biograf eller restaurang man önskar och att kunna hälsa på sina vänner utan att behöva hjälp för att klara av fysiska hinder.

Personer med funktionshinder har i högre grad än andra problem med tillgängligheten. De kan vara beroende av färdtjänst för att kunna umgås med vänner, komma ut i samhället eller ta sig till grönområden. Trappor, byggnader utan hiss och otillgängliga allmänna färdmedel skapar svåra barriärer. De måste planera allt de skall göra och ha ständig beredskap för att ändra planerna. Allt detta kan bidra till att skapa och förstärka utanförskap, maktlöshet och ett praktiskt beroende av andra människor. En konsekvens är att hälsan kan påverkas negativt.

Att ha ett funktionshinder är inte alltid liktydigt med att ha en försämrad hälsa men däremot kan det vara en hälsorisk att ha ett funktionshinder. Ett rörelsehinder innebär ofta ett slitage på kroppen som med åren kan ge smärta och förslitningsskador. Enligt SCB-rapporten Funktionshindrade 1988–1999 uppgav något över 40 procent i grupperna rörelsehindrade och svårt rörelsehindrade att deras hälsotillstånd var dåligt eller mycket dåligt. Av hela befolkningen mellan 24 och 64 år uppgav fem procent att de ansåg sitt hälsotillstånd vara dåligt eller mycket dåligt. När det gäller det psykiska välbefinnandet så uppgav en högre andel av de rörelsehindrade och svårt rörelsehindrade att de känner trötthet, ångslan, oro eller ångest jämfört med den övriga befolkningen.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Bestämningsfaktorn fysisk tillgänglighet följs via indikatorn ”andelen funktionshindrade (rörelsehindrade/synskadade) som inte behöver gå i trappor för att komma ut ur eller in i sin bostad”. Uppgifter för denna indikator finns från år 1980 och statistik hämtas från SCB:s ULF-undersökningar. Trots att andelen som inte behöver gå i trappa för att komma ut ur och in i sin bostad varierat något under perioden 1980–1999 så har det skett en viss förbättring för befolkningen i sin helhet. Förbättringen syns särskilt tydligt från slutet på 1990-talet. I jämförelse med befolkningen i sin helhet är det också en större andel rörelsehindrade/synskadade som inte behöver gå i trappa för att komma ut ur och in i bostaden. En majoritet av de funktionshindrade måste fortfarande gå i trappor för att komma in eller ut från bostaden. Även andelen äldre som inte behöver gå i trappa för att nå bostaden har ökat från ca 11 procent år 1980 till 23 respektive 30 procent för kvinnor respektive män år 2003.

I maj 2000 antog riksdagen propositionen Från patient till medborgare med en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) som sträcker sig fram till år 2010. Regeringen framhöll bl.a. att personer med funktionshinder skall ha samma rätt som alla andra att delta i samhällslivet och få del av samma utbud av varor, tjänster, service och kultur.

Regeringen överlämnade i mars 2006 sin andra uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (skr. 2005/06:110) till riksdagen. Arbetet har gått framåt när det gäller att öka tillgängligheten i samhället men arbete återstår innan tillgänglighetsmålen nås. Flera insatser har initierats för att påskynda utvecklingen. De 14 myndigheter som sedan år 2002 har ett särskilt sektorsansvar för handikappolitiken

inom sina respektive verksamhetsområden arbetar ambitiöst mot sina mål. Skr. 2005/06:205

De omvärldsanalyser som sektorsmyndigheterna gjort för att identifiera de processer som påverkar möjligheterna att uppnå de handikappolitiska målen visar att teknikutveckling och internationalisering utgör centrala utvecklingsområden som kan öka tillgängligheten till såväl tjänster som produkter. Den demografiska utvecklingen kan också komma att utgöra en drivkraft för ökad tillgänglighet i samhället samtidigt som ökat kostnadsmedvetande inom kommuner och landsting utgör en utmaning.

HO fick i juli 2002 i uppdrag att ta fram underlag om krav på tillgänglighet för personer med funktionshinder till myndigheternas lokaler, information och övrig verksamhet. Samma år fick HO också uppdraget att genom stöd och samordning bidra till att sektorsmyndigheterna definierade sina roller i relation till de handikappolitiska målen och redovisade förslag till etappmål. År 2003 gav HO ut riktlinjer för en tillgänglig statsförvaltning. HO har sedan hösten 2003 gjort årliga uppföljningar av myndigheternas arbete. I den senaste rapporten, från år 2005, konstaterar HO att andelen myndigheter som påbörjat arbetet med handlingsplaner successivt ökat från 37 procent år 2003 till 52 procent år 2005.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att belysa funktionshindrade personers levnadsförhållanden. Avsikten är att ta fram ett system för att följa upp funktionshindrades välfärd med syfte att få ett förbättrat underlag för åtgärder. Ett utvecklat system för att löpande beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionshinder avses vara klart år 2010.

När det gäller funktionshindrade bedömer FHI att det är angeläget att frågan om tillgänglighet tillsammans med andra viktiga bestämningsfaktorer för hälsa lyfts fram i arbetet med att skapa ett nationellt uppföljningssystem för funktionshindrades levnadsförhållanden.

För personer med funktionsnedsättning har olika former av teknisktöd i form av särskilda hjälpmedel och miljöanpassningar en avgörande betydelse för hälsan och även deras förutsättningar att delta aktivt i samhällslivet och i socialt umgänge. Det finns i dag ett omfattande användande av hjälpmedel. Exempelvis använder ungefär 200 000 personer rollatorer, vilket ökar deras rörlighet och minskar risken för fallolyckor. Ett annat exempel är att ungefär en miljon svenskar har någon form av hörselnedsättning som kan leda till en begränsning av deras sociala delaktighet. Hjälpmedel subventioneras i samtliga kommuner och landsting, även om subventionsgraden och utbudet av hjälpmedel varierar. Sveriges kommuner och landsting har tagit initiativ till överläggningar med sjukvårdshuvudmännen för att diskutera hur reglerna för tillhandahållande av hjälpmedel kan bli mer enhetliga.

Den positiva utvecklingen när det gäller fysisk tillgänglighet i bostäder beror till stor del på att kommunerna har gjort satsningar och prioriterat bostädernas tillgänglighet. Utvecklingen har underlättats genom statliga och kommunala bostadsanpassningsbidrag. År 2004 beviljade kommunerna 63 300 bidrag till bostadsanpassning.

Regeringens bedömning: *Ekonomisk och social trygghet* är en av de mest grundläggande förutsättningarna för en god folkhälsa.

Människors hälsa, både den fysiska och den psykiska, förbättras med ökande inkomst. Från folkhälsosynpunkt är det därför viktigt att situationen för ekonomiskt utsatta grupper, såsom ensamstående kvinnor med barn, utrikes födda, pensionärer med låga inkomster, personer med funktionshinder, unga som nyligen flyttat hemifrån samt långtidssjuka och personer med sjuk- och aktivitetsersättning, inte försämras. Välfärdssamhället måste därför värnas och upprätthållas.

Sambandet mellan arbetslöshet och hälsa är starkt och dubbelriktat. Arbetslöshet kan leda till psykisk ohälsa och personer med ohälsa riskerar i större grad att bli arbetslösa. Det är därför viktigt med en ökad samverkan mellan olika aktörer i samhället för att minska ohälsan i arbetslivet och öka sysselsättningen. I budgetpropositionen för år 2006 lade regeringen fram ett tvåårigt sysselsättningspaket som kompletterades med ytterligare åtgärder i 2006 års ekonomiska vårproposition. I budgetpropositionen för år 2006 lade regeringen dessutom fram en ny samlad strategi i sju punkter för att minska ohälsan. Målsättningen är att ta tillvara arbetsförmågan hos sjuka och funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga och att sjukförsäkringen skall fungera som en bro tillbaka till arbetslivet.

Goda möjligheter för vuxna personer med låg utbildning att lära nytt och lära om är en förutsättning för att kunna möta samhällets kunskapsbehov och en viktig insats för en bättre folkhälsa. Det riktade statsbidraget till den kommunala vuxenutbildningen samt rekryteringsbidraget till vuxenstudier är viktiga ekonomiska insatser för att höja utbildningsnivån bland vuxna.

Boendet är viktigt för människors hälsa, välbefinnande och identitet. Den som inte har bra boendeförhållanden har svårt att klara övriga delar av livet. Trots att nytillskottet av bostäder har ökat för varje år under 2000-talet så råder det bostadsbrist i många regioner. Under den senaste tioårsperioden har dessutom andelen trångbodda ökat något bland hushållen med de lägsta inkomsterna. Resultatet har blivit en tilltagande segregation. Bostadsbrist och trångboddhet drabbar i stor utsträckning resurssvaga hushåll. För att motverka bostadsbristen har staten infört olika investeringsstöd för att öka bostadsbyggandet. Insatserna har bidragit till att främja bostadsförsörjningen.

Känslan av trygghet är ett av de mest grundläggande och starkaste mänskliga behoven och den är central för människors välbefinnande. I bostadsområden och stadsmiljöer känner sig alltför många människor otrygga och rädda för att bli utsatta för brott. För stora grupper av människor, framför allt kvinnor och äldre, begränsar rädslan påtagligt vardagens möjligheter att använda bostads- och stadsmiljön. Vid den nyligen genomförda översynen av plan- och bygglagen framfördes att de olika dimensionerna inom begreppet hållbar utveckling skall beaktas på ett tydligare sätt så att en från social synpunkt god livsmiljö för alla människor främjas.

Möjligheten att nyttja transportsystemet har betydelse för tillgängligheten, t.ex. när det gäller arbete, bostad, kultur och sociala aktiviteter,

förhållanden som tillsammans skapar en grund för ekonomisk och social trygghet och därmed är viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Reseförhållandena för personer med funktionshinder har i allmänhet förbättrats under senare år men det behövs en nationell kraftsamling för att nå målet om en tillgänglig kollektivtrafik senast år 2010.

Skr. 2005/06:205

Statens folkhälsoinstituts förslag

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Ekonomisk och social trygghet* har Statens folkhälsoinstitut (FHI) i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat sju bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt 15 indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till elva olika politikområden. Jämfört med FHI:s sammanställning har regeringen funnit att politikområdet Barnpolitik är väsentligt för bestämningsfaktorerna Ekonomiska villkor och Bostadsutrymme.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Ekonomiska villkor	Inkomstjämlighet (h) Andel med en låg ekonomisk standard bland barnfamiljer, personer 65 år och äldre, personer med sjuk- och aktivitetsersättning samt långtidssjukskrivna personer (h) Andel hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd Andel ungdomar med låg ekonomisk standard	Ekonomisk familjepolitik Ekonomisk äldrepolitik Ersättning vid arbetsoförmåga Socialtjänstpolitik Ungdomspolitik Barnpolitik
Arbetsmarknadsposition	Sysselsättning (h) Andel långtidsarbetslösa och långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingen (h) Ohälsotalet (h) Arbetslöshet Andel inskrivna vid arbetsförmedlingen	Arbetsmarknadspolitik
Utbildningsnivå	Andel personer i olika grupper med låg utbildningsnivå	Utbildningspolitik
Tillgång till bostad	Bostadsmarknadsläget per kommun	Bostadspolitik
Bostadsutrymme	Andel trångbodda Andel skolbarn som har eget rum	Bostadspolitik Barnpolitik
Trygghet i närmiljö	Trygg och säker omgivning	Bostadspolitik Kriminalpolitik
Tillgång till transporter för funktionshindrade	Funktionshindrades möjlighet att nyttja vägtransportsystemet	Transportpolitik Handikappolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: *Ungdomsstyrelsen* och *Rädda barnen* anser att det är angeläget att se över den ekonomiska familjepolitiken ur ett ungdoms- respektive barnperspektiv eftersom man bedömer att det finns mycket som talar för att förbättringar i de generella välfärdssystemen i dag inte når de mest utsatta barnen och ungdomarna.

Integrationsverket ser indikatorn Andel hushåll med långvarigt biståndsbehov som mycket betydelsefull. Integrationsverket lyfter särskilt fram bestämningsfaktorn Arbetsmarknadsposition och indikatorerna Sysselsättning, arbetslöshet och ohälsotalet eftersom arbetsmarknaden är en mycket viktig arena för att komma in i det svenska samhället. Integrationsverket framhåller vikten av att studera arbetsvillkor ur ett kombinerat jämställdhets- och integrationsperspektiv eftersom ohälsotalet är betydligt högre bland kvinnor än bland män och allra högst bland utrikesfödda kvinnor.

Jämställdhetsombudsmannen (JämO) menar att ökade resurser bör satsas på att få arbetsgivare att utföra den lönekartläggning och den handlingsplan som varje arbetsgivare enligt jämställdhetslagen är skyldig att göra årligen. JämO anser vidare att större satsningar på att få arbetsgivare att arbeta med att skapa arbetsförhållanden som lämpar sig för både kvinnor och män och underlätta för arbetstagare att förena förvärvsarbete och föräldraskap kan motverka segregeringen i arbetslivet.

Rädda Barnen menar att statistiken över hur många personer som är hemlösa i Sverige i dag kan förbättras och framhåller att detta i allra högsta grad gäller barn, där heltäckande uppgifter saknas.

Solna kommun föreslår indikatorn ”upplevd trygghet i närmiljön” för att mäta utvecklingen av bestämningsfaktorn Trygghet i närmiljö.

Skälen för regeringens bedömning

Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan och skall därför utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Den generella välfärdspolitiken, med ett socialförsäkringssystem som täcker inkomstbortfall, ett allmänt bidragssystem för bl.a. barnfamiljer samt ett allmänt pensionssystem, är en förutsättning för den ekonomiska tryggheten. Den generella välfärdspolitiken är därför en viktig del i främjandet av en god folkhälsa. En del av välfärdspolitiken innebär att människor med försörjningsproblem kan söka ekonomiskt bistånd. Detta är tänkt som ett yttersta skyddsnät för personer med tillfälliga försörjningsproblem. Målet är att den enskilde så snabbt som möjligt skall försörja sig på egen hand. Långvarigt behov av bistånd påverkar oftast den enskilda individen negativt och kan leda både till fysisk och psykisk ohälsa. En hög sysselsättningsnivå som möjliggör för människor att försörja sig genom eget arbete bidrar till social identitet och trygghet och är dessutom nödvändig för finansieringen av den generella välfärdspolitiken.

Den ekonomiska och sociala tryggheten stärks dessutom genom utbildningsmöjligheter under olika perioder av livet, förutsättningar för ett tryggt liv i goda bostäder till rimliga kostnader samt ett transportsystem som är tillgängligt för alla.

Den lågkonjunktur som drabbade Sverige under den första halvan av 1990-talet ledde till att många grupper fick sänkta inkomster på grund av ökad arbetslöshet. Genom det generella välfärdssystemet ökade samhällets

transfereringar till hushållen, men det kunde inte förhindra att den disponibla inkomsten minskade med åtta procent mellan åren 1991 och 1996. Lågkonjunkturen innebar att antalet sysselsatta minskade med drygt en halv miljon, att ungdomar under 20 år nära nog försvann från arbetsmarknaden, åtminstone från fasta heltidsarbeten, och att arbetslösheten steg till tvåsiffriga procenttal för de flesta under 30 år.

Ett par år efter mitten av 1990-talet startade en återhämtning som pågick en bit in på det nya seklet. Den disponibla inkomsten steg med 25 procent från år 1996 till år 2004. Antalet sysselsatta ökade mellan åren 1997 och 2002 och arbetslösheten halverades till fyra procent. Därefter har sysselsättningsökningen avstannat och år 2005 hade arbetslösheten stigit till 5,7 procent för kvinnor och 6,2 procent för män. Enligt Socialstyrelsen resulterade återhämtning efter 1990-talets lågkonjunktur i förbättrade levnadsvillkor för stora befolkningsgrupper. Fler har arbetsinkomster som räcker till egen försörjning, färre är fattiga och färre måste förlita sig på ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen konstaterar emellertid att denna gynnsamma utveckling inte kommit alla grupper till del. Jämfört med situationen före 1990-talskrisen fanns det, trots bättre konjunkturläge år 2002, fler som stod utanför arbetskraften och ett större antal personer som inte omfattades av socialförsäkringssystemen.

Utbildningsnivån för Sveriges befolkning steg under hela 1900-talet och fortsätter uppåt. Det gör att andelen i befolkningen som endast har en grundläggande utbildning samvarierar kraftigt med födelseår, genom att äldre årskullar över tid ersätts av yngre kullar som har högre utbildningsnivåer. Kvinnor har oftare än män en eftergymnasial utbildning, men det är fler män än kvinnor som är forskarutbildade. Det finns fortfarande markanta skillnader mellan olika socioekonomiska grupper när det gäller utbildningsnivån. Undersökningar visar att den sociala snedrekryteringen till högre utbildning har minskat något under 1990-talet, men statistik från år 2004 visar att skillnaden fortfarande är stor.

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät bor 60 procent av Sveriges invånare i kommuner där kommunen har uppgett att det råder bostadsbrist. Antalet personer i varje hushåll har samtidigt minskat, vilket gör att det behövs fler bostäder. Dessa faktorer i kombination med låga räntor har lett till en prisökning på framförallt nyproducerade bostadsrättslägenheter i storstäderna. Det har försvårat för ekonomiskt svaga grupper att få en god bostad.

En klassisk ofärdsindikator är trångboddhet. Med trångboddhet menas här hushåll med fler än en boende per rum, vardagsrum och ett "föräldrum" samt kök oräknade, samt enpersonshushåll i ett rum och kök eller mindre. Andelen trångbodda personer har de senaste 20 åren varit ganska konstant (ca 15 procent). Det är främst de ekonomiskt resurssvaga hushållen, ofta ensamstående med barn och familjer med många barn och låga disponibla inkomster, som inte har möjlighet att skaffa större bostad.

Den självupplevda tryggheten i närmiljön har varit relativt konstant under de senaste 20 åren. Kvinnor över 65 år är den grupp som oftast avstått från att gå ut. Både kvinnor och män som bor i städer är mer oroliga än de som bor på landet.

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Svenska och internationella studier visar att människors hälsa, både den fysiska och den psykiska, förbättras med ökande inkomst men i avtagande grad ju högre inkomsten blir. I den utsträckning människor har ekonomiska tillgångar är även dessa positiva för hälsan. En ekonomiskt utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är däremot negativ för hälsan, bl.a. genom hjärt-kärlsjukdomar och en försämrad psykisk hälsa. Barnens hälsoutveckling påverkas av de vuxnas ekonomiska villkor och sociala situation. Det finns också ett omvänt samband där ohälsa påverkar den enskildes sociala och ekonomiska situation.

Den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas. Enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI) är ojämlika inkomster en av de faktorer som påverkar den genomsnittliga hälsonivån i samhället. Även om höga inkomster i och för sig ofta medför en god hälsa, medför låga inkomster i ännu större utsträckning en dålig hälsa. Det är därför angeläget att förbättra hälsan hos ekonomiskt utsatta grupper genom att stärka deras möjligheter till egen försörjning.

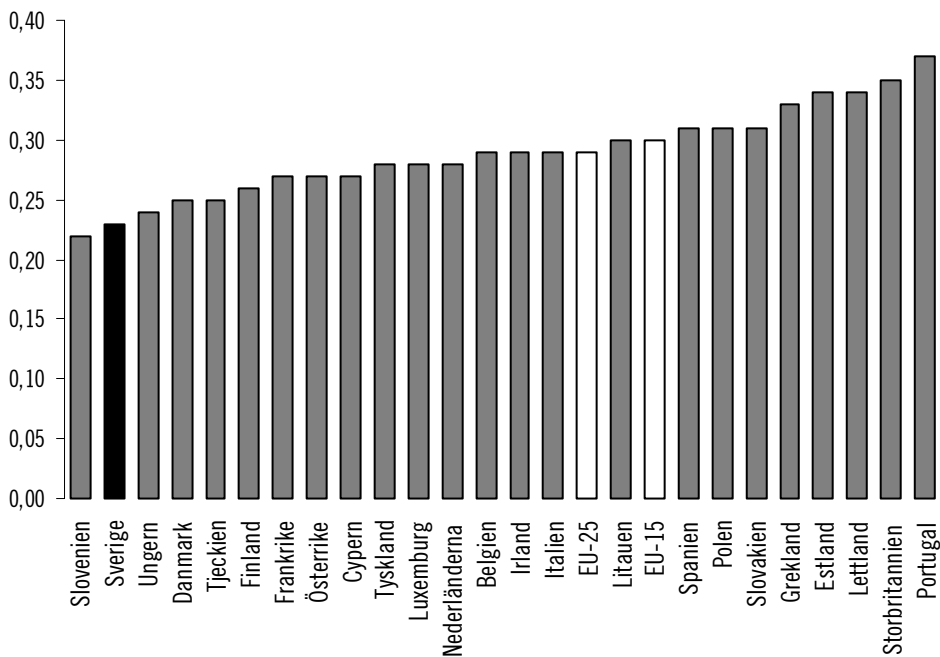
– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn ekonomiska villkor används framför allt huvudindikatorerna inkomstjämlighet och andel med en låg ekonomisk standard bland vissa utsatta befolkningsgrupper. Personer med låg ekonomisk standard är personer som lever i ett hushåll med en inkomst som är lägre än 60 procent av medianvärdet för samtliga hushåll. Huvudindikatorerna mäts med hjälp av statistik från SCB:s undersökning av hushållens inkomster (HEK). Andra indikatorer som används är andel hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd och andel ungdomar med låg ekonomisk standard.

Gini-koefficienten är det vanligaste måttet på inkomstjämlighet och kan variera mellan noll (alla har lika inkomster) och ett (en person har alla inkomster). Spridningen mellan låga och höga disponibla inkomster, mätt med gini-koefficienten ökade i Sverige under hela 1990-talet. Under de inledande åren på 2000-talet har inkomstspridningen återgått till en mer historisk nivå. En jämförelse mellan Europeiska unionens (EU:s) 25 medlemsländer visar att Sverige har den näst lägsta inkomstspridningen.

Figur 4.1 Inkomstspridning för disponibel inkomst uttryckt i ginikoefficienter för EU:s medlemsstater

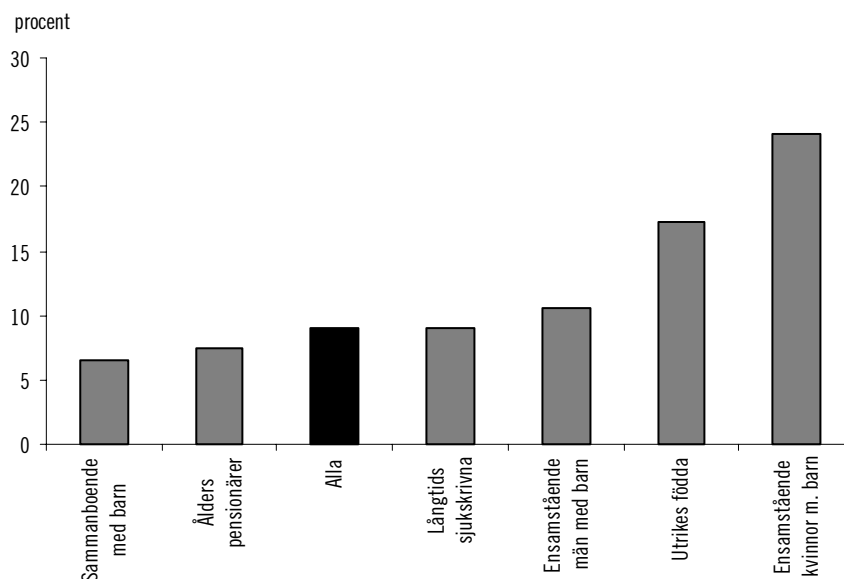
Skr. 2005/06:205



Källa: SCB, Hushållens ekonomi (HEK), HE 21 SM 0501, s. 73.

Den lågkonjunktur som drabbade Sverige under den första halvan av 1990-talet ledde till att många grupper fick sänkta inkomster från arbete, bl.a. på grund av ökad arbetslöshet. Under lågkonjunkturen ökade samhällets transfereringar till hushållen men det kunde inte förhindra att den disponibla medianinkomsten per konsumtionsenhet (exklusive kapitalvinst) minskade med cirka åtta procent i fasta priser mellan åren 1991 och 1996. Därefter har den disponibla medianinkomsten per konsumtionsenhet stigit med 25 procent till år 2004. Att inkomsten är angiven per konsumtionsenhet innebär att familjernas konsumtion har relaterats till deras sammansättning enligt ett särskilt viktsystem. Måttet utnyttjas för att jämföra den disponibla inkomsten för olika typer av familjer och hushåll. Det viktsystem som används av SCB är hämtat från betänkandet Förbättrad statistik om hushållens inkomster (SOU 2002:73).

Figur 4.2 Andel personer i olika befolkningsgrupper med en disponibel inkomst per konsumtionsenhet under 60 procent av median för samtliga hushåll år 2003



Källa: SCB, Hushållens ekonomi (HEK), HE 21 SM 0501, s. 33–37.
Konsumtionsenhetsvikter enligt SOU 2002:73.

Ensamstående föräldrar har ofta lägre ekonomisk standard än andra grupper. Detta gäller särskilt ensamstående kvinnor med barn. Något över 15 procent av ensamstående föräldrar med två eller fler barn hade en disponibel inkomst under 60 procent av medianinkomsten under de inledande åren på 1990-talet. Andelen steg därefter fram till år 1997 vartefter den minskade under slutet av årtiondet för att sedan återigen stiga till över 30 procent år 2002. Motsvarande andel för sammanboende med två eller fler barn var tio procent under hela 90-talet.

Unga kvinnor och män var en av de grupper i samhället som drabbades särskilt hårt under lågkonjunkturen på 90-talet. En effekt är att etableringsåldern, dvs. den ålder då 75 procent av en årskull är sysselsatt, ökade kraftigt. Mellan åren 1990 och 1999 steg etableringsåldern från 20 till 27 år för kvinnor och från 21 till 26 år för män. Samtidigt ökade antalet studerande, vilket dels var en effekt av minskad efterfrågan på arbetskraft, dels en effekt av en medveten satsning på att höja befolkningens kompetens. Personer som lever i hushåll med en disponibel inkomst som understiger SCB:s socialbidragsnorm definieras av SCB som fattiga. För ungdomar mellan 16 och 24 år som inte bor kvar i föräldrahemmet har andelen fattiga enligt SCB:s definition nästan fördubblats från 18,1 procent åren 1990 och 1991 till 35,6 procent år 2003. Unga som nyligen har flyttat hemifrån är speciellt utsatta, framför allt kvinnor mellan 19 och 24 år. Den ogynnsamma utvecklingen i ungdomsgruppen kan sannolikt helt tillskrivas minskad förvärvsverksamhet.

Andelen ålderspensionärer med en disponibel inkomst under 60 procent av medianinkomsten mer än halverades, från cirka elva procent 1991 till något under fem procent år 1995. Därefter har andelen stigit till 7,5 procent år 2003. Den ekonomiskt mest utsatta gruppen bland ålderspensionärerna är ensamstående kvinnor.

Andelen långtidssjukskrivna och personer med sjuk- och aktivitetsersättning med en disponibel inkomst under 60 procent av medianinkomsten sjönk från sju till cirka fem procent mellan åren 1991 och 1996. Från år 1997 till år 2002 vände utvecklingen och andelen ökade till nio procent.

Utrikesfödda har en lägre inkomst än de som är födda i Sverige. Skillnaden är olika stor beroende på vilket land man kommer från och hur länge man har bott i Sverige. Personer födda i Norden, exklusive Sverige, har ofta en inkomstnivå som ligger strax under nivån för Sverigefödda. Inkomstnivån för personer födda i övriga EU-länder ligger något över nivån för dem som är födda i Sverige. Utrikesfödda som varit i Sverige kort tid hade under perioden 1996–2002 ca 65 procent av de Sverigeföddas inkomstnivå samtidigt som de som varit i Sverige över 20 år hade inkomster strax under nivån för Sverigeföddas.

Några av grupperna med funktionshinder drabbades mer än befolkningsgenomsnittet under 90-talskrisen. I befolkningen uppgav 29 procent att deras ekonomiska situation försämrats under det senaste året, i detta fall åren 1996 och 1997. Bland de med nedsatt syn, hjälpberoende, psykiska besvär, rörelsehinder samt mag- och tarmsjuka var andelen mellan 40 och 50 procent.

Riksförsäkringsverket (RFV) publicerade år 2003 rapporten Ojämlighet i levnadsvillkor – en jämförelse mellan vissa personer med funktionshinder och övriga befolkningen. Undersökningen gällde personer med assistansersättning, handikappersättning eller bilstöd och åldrarna 23–64 år. Rapporten visar att risken att drabbas av ekonomiska svårigheter skiljer sig betydligt mellan personer med funktionshinder och totalbefolkningen. Så var t.ex. avsaknad av kontantmarginal drygt fyra gånger så vanlig bland personer med rörelsehinder och med sensoriska funktionshinder än i totalbefolkningen. Sannolikheten att personer med förvärvat sensoriskt funktionshinder skall uppleva en ekonomisk kris är mer än tre gånger så stor som för totalbefolkningen. Personer med förvärvade funktionshinder har större ekonomiska problem än såväl personer med medfödda funktionshinder som totalbefolkningen. En undersökning från 2001 visar att de merkostnader som uppstår till följd av funktionshindret sannolikt medför att personen med funktionshinder skulle behöva en högre inkomst än totalbefolkningen för att ha samma ekonomiska resurser.

Ekonomisk stress är en viktig ohälsframkallande faktor som är vanligare hos kvinnor än hos män. Om kvinnors och mäns löner på hela arbetsmarknaden jämförs har kvinnor 84 procent av männens löner. Om hänsyn tas till ålder, utbildning, yrke och var man arbetar är kvinnors lön 98 procent av männens lön inom den kommunala sektorn, 92 procent inom den statliga sektorn och 90 procent inom den privata sektorn. Lönediskrimineringen försämrar kvinnors karriär, försörjningsmöjligheter och villkor som pensionärer.

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd har minskat kraftigt sedan år 1997. Under år 2005 minskade kostnaderna med två procent. Det långvariga beroendet av ekonomiskt bistånd ökar däremot, särskilt bland ungdomar och utrikesfödda. Antalet barn som lever i ett biståndshushåll varierar kraftigt i landet. Knappt vart fjärde barn i Malmö, men endast ett av hundra barn i Danderyd, levde i hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd. Nära en tredjedel av alla hushåll som fick bistånd under år 2004 var barnfamiljer. När föräldrar inte kan försörja sina barn genom eget arbete kan

det få fler konsekvenser för hela familjen än de ekonomiska, speciellt om Skr. 2005/06:205 de är beroende av ekonomiskt bistånd under längre tid.

I Social rapport 2006 konstaterar Socialstyrelsen att barn i familjer med ekonomiskt bistånd riskerar en ogynnsam utveckling i flera avseenden, t.ex. låg utbildningsnivå, tonårsföräldraskap, missbruk. Enbart låga inkomster i familjen tycks inte innebära särskilt ökad risk för en sådan utveckling. Långvarigt ekonomiskt bistånd är alltså inte enbart ett tecken på dålig ekonomi i familjen utan kan också ses som en riskmarkör för ogynnsam utveckling för barnet i framtiden. Detta är särskilt tydligt när det gäller barn med psykiskt sjuka föräldrar.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Ungdomars ekonomiska situation är starkt knuten till deras möjligheter till etablering på bostads- och arbetsmarknaden. I den handlingsplan som ingår i regeringens ungdomspolitiska proposition Makt att bestämma – rätt till välfärd (prop. 2004/05:2, bet. 2004/05:KrU2, rskr. 2004/05:94) aviserades därför en rad åtgärder för att underlätta för ungas tillgång till arbete och bostad. Bland annat har medel avsatts för att utöka antalet lärlingsplatser, till ett allmänt anställningsstöd för ungdomar samt till en satsning på s.k. navigatorcentrum som samordnar verksamheter för ungdomar som varken arbetar eller studerar. I 2006 års ekonomiska vårproposition (prop. 2005/06:100) föreslår regeringen dessutom en särskild satsning för att förbättra ungas levnadsvillkor.

Med anledning av departementspromemorian Ekonomiskt utsatta barn (Ds 2004:41) aviserade regeringen i 2004 års ekonomiska vårproposition (prop. 2003/04:100) att en miljard kronor skall avsättas från år 2006 för reformer för ekonomiskt utsatta barn. Regeringen har därefter lämnat propositioner till riksdagen med förslag på förbättringar inom underhållsstödet (Ett reformerat underhållsstöd [prop. 2005/06:116]), bostadsbidraget (Ändrade regler för bostadsbidrag [prop.2004/05:112]) och studiestödssystemet (Förstärkningar av studiestödet [prop. 2004/05:111]). Riksdagen har beslutat i enlighet med regeringens förslag. Ekonomiskt utsatta barnfamiljer är många gånger beroende av bostadsbidrag och underhållsstöd för sin försörjning. För att förbättra barnfamiljernas ekonomi höjdes barnbidraget och det förlängda barnbidraget i oktober 2005. Samtidigt infördes ett nytt flerbarnstillägg för det andra barnet och flerbarnstillägget höjdes fr.o.m. det tredje barnet.

I oktober 2005 presenterade Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer sitt betänkande Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn (SOU 2005:88). Utredaren gör bedömningen att sammanlagt minst 1 000 barn vräktes under år 2004 och konstaterar att problematiken är mångfacetterad varför det krävs insatser både inom socialtjänsten och en förbättrad bostadspolitik. Betänkandet innehåller en rad förslag, bl.a. uppdrag till vissa myndigheter i syfte att förbättra kunskapsläget på området samt förslag till vissa kompletteringar i socialtjänstförordningen. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet. I vårpropositionen för 2006 föreslår regeringen flera insatser för att motverka hemlöshet. Flera av dessa ligger i linje med det som utredningen lyfter fram.

Äldreförsörjningsstöd infördes år 2003 och är avsett för personer i pensionsålder som inte får sina grundläggande försörjningsbehov tillgodosedda genom andra förmåner inom det allmänna pensionssystemet. Äldre-

försörjningsstöd kan beviljas till den som är bosatt i Sverige och som har fyllt 65 år. För den sökande som har rätt till inkomstgrundad ålderspension, garantipension, bostadstillägg till pensionärer och särskilt bostadstillägg beviljas äldreförsörjningsstöd endast om sökanden tar ut samtliga sådana förmåner som han eller hon är berättigad till. Äldreförsörjningsstöd betalas ut med det belopp varmed den sökandes inkomster efter avdrag för skälig bostadskostnad understiger en skälig levnadsnivå.

Sedan år 2003 har bostadskostnadsgränsen och ersättningsgraden i bostadstillägget för pensionärer som har fyllt 65 år höjts. En höjning har också gjorts av gränsen för skälig bostadskostnad vid beräkning av särskilt bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd för pensionärer som fyllt 65 år. Från och med den 1 januari 2005 förlängdes tiden som omställningspension och garantipension till omställningspension erhålls från tio månader till tolv månader efter dödsfallet.

Regeringen lade i mars 2006 fram propositionen Höjt inkomsttak vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst och höjd lägstanivå för hel föräldrapenning (prop. 2005/06:142). I propositionen föreslås en höjning av inkomsttaket vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst från sju och en halv till tio gånger prisbasbeloppet från och med den 1 juli 2006. Det höjda inkomsttaket skall tillämpas vid beräkning av bl.a. sjukpenning och föräldrapenning.

I februari 2005 tillsatte regeringen utredningen Från socialbidrag till arbete (dir. 2005:10) för att göra en översyn av de insatser samhället erbjuder personer i arbetsför ålder som är beroende av socialtjänstens försörjningsstöd och som med hjälp av olika insatser bedöms kunna få arbete. Utredaren skall lämna förslag på åtgärder som underlättar övergången från bidragsberoende till försörjning genom eget arbete. Övergripande utgångspunkter för utredningen är att samhällets resurser skall utnyttjas effektivt med tydliga incitament för både individ och samhälle så att etableringen på arbetsmarknaden sker utan dröjsmål. De särskilda behov av insatser som yngre personer respektive nyanlända invandrade kan ha skall särskilt beaktas. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 1 november 2006.

Arbetsmarknadsposition

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Det finns ett starkt statistiskt samband mellan sysselsättning och hälsa samtidigt som risken är hög för att personer med dålig hälsa skall bli arbetslösa. Sambandet mellan hälsa och sysselsättning är således dubbelriktat. Det finns också studier som visar att den psykiska hälsan påverkas negativt av en övergång mellan betalt arbete och olika former av arbetsförlust, däribland sjukfrånvaro och föräldraledighet, samt positiva effekter vid återgång i arbete.

Arbetslöshet är den aspekt på arbetslivet som studerats mest vad gäller dess samband med såväl kroppslig som psykisk hälsa, hälsovanor samt dödlighet. Särskilt sambanden med ökad psykisk ohälsa är väl kartlagda. En översikt av nordiska studier visar på ett samband mellan försämring av den psykiska hälsan och arbetslöshetens längd. Långvarig arbetslöshet påverkar hälsan negativt på många sätt. Det psykiska välbefinnandet

försämras, sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtionen ökar, unga män konsumerar mer alkohol och unga kvinnor röker mer. Skr. 2005/06:205

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

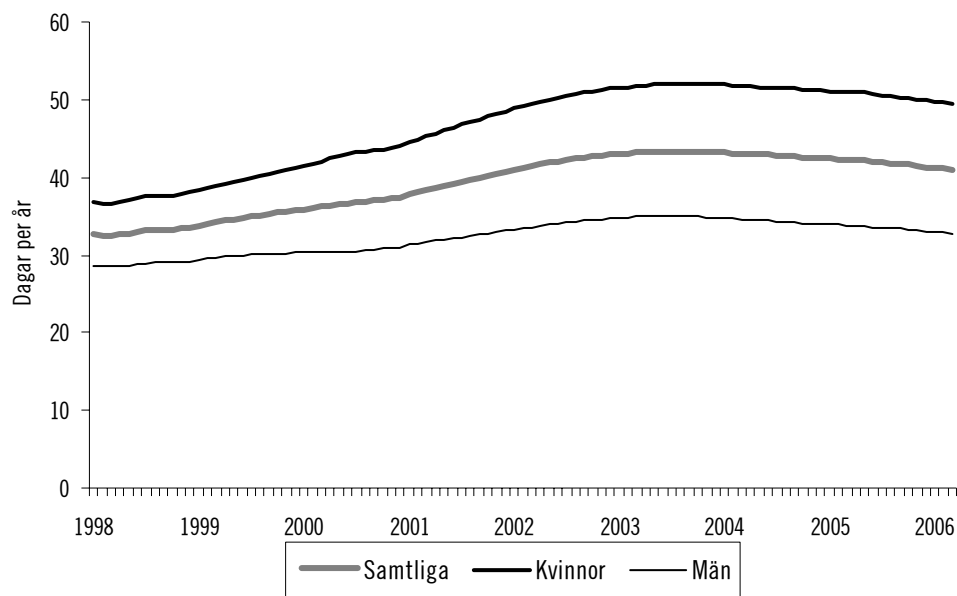
För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn arbetsmarknadsposition används framför allt huvudindikatorerna sysselsättning, andel långtidsarbetslösa och långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingen samt ohälsotalet. Huvudindikatorerna mäts med hjälp av registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) från SCB, statistik från Försäkringskassan och arbetsmarknadsstatistik från Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS). Andra indikatorer som används är arbetslöshet och andel inskrivna vid arbetsförmedlingen.

Indikatorn sysselsättning visar att sysselsättningen har ökat sedan mitten på 1990-talet, med undantag för åren 2003 och 2004, samt att sysselsättningskillnaderna mellan olika samhällsgrupper har utjämnats. Fortfarande kvarstår stora skillnader i sysselsättning beroende på t.ex. kön och ursprung. Personer födda utanför Europa har närmare 30 procentenheters lägre sysselsättning än svenskfödda. Det finns fortfarande regionala skillnader i sysselsättning. Under år 2005 var sysselsättningen högst i Jönköpings län, ca 80 procent, och lägst i Norrbottens län, ca 70 procent.

Arbetslösheten minskade kraftigt i slutet av 1990-talet men har stigit sedan år 2002. Under 2005 var arbetslösheten 5,7 procent bland kvinnor och 6,2 procent bland män. Även långtidsarbetslösheten har ökat sedan år 2002, men omfattningen är olika i olika åldrar. Långtidsarbetslösheten, som andel av den totala arbetslösheten, är högst i den äldsta åldersgruppen (55–64 år). Arbetslösheten är i allmänhet lägre i kommuner i storstadsregioner än i kommuner i gles- och landsbygd.

Ohälsotalet är ett mått på antalet dagar då ersättning betalas ut från någon av de socialförsäkringar som träder i kraft vid ohälsa, ställt i relation till antalet personer som omfattas av försäkringarna.

Figur 4.3 Ohälsotalet i åldrarna 16–64 år, kvinnor och män. Rullande 12-månaderstal januari 2000–mars 2006



Källa: Försäkringskassan.

Ohälsotalet har ökat under några decennier. Man kan dock se en nedgång från 43,2 till 41,0 dagar från december 2003 till mars 2006, men ohälsotalet är fortfarande betydligt högre än år 1998. Ökningen har medfört en ökning av kostnaden för sjukförsäkringarna i en takt som är minst dubbelt så hög som ökningen av BNP.

Männens genomsnittliga frånvaro har inte ökat lika mycket som kvinnornas under denna period. Männens frånvaro låg i början av år 1998 på knappt 30 dagar och i mars 2006 på 33 dagar. För kvinnor är ökningen betydligt större, från drygt 37 dagar i början av 1998 till knappt 50 dagar i mars 2006. Även olika åldersgrupper skiljer sig åt genom att äldre har betydligt fler ersättningsdagar än yngre. Det finns även tydliga lokala skillnader när det gäller ohälsotalet. Både kvinnor och män har i särklass högst ohälsotal i glesbygdskommunerna och lägst tal i förortskommunerna. Näst högst ohälsotal har män i storstäder och kvinnor i industrikommuner.

Den svenska arbetsmarknaden är starkt könssegregerad på två plan. För det första arbetar kvinnor och män inom olika sektorer. År 2001 arbetade 73 procent av kvinnorna i kvinnodominerade yrken medan 73 procent av männen arbetade inom mansdominerade yrken. För det andra är fördelningen av kvinnor och män på olika positioner ojämn. Kvinnor finns på lägre befattningsnivåer och i mindre prestigefyllda jobb än män. På 43 procent av alla arbetsplatser finns inga kvinnliga chefer överhuvudtaget medan manliga chefer endast saknas på fem procent av alla arbetsplatser.

Studier har visat att det i störst utsträckning var kvinnors hälsa som försämrades under 1990-talets lågkonjunktur. Vid en lågkonjunktur kan nedskärningar på arbetsmarknaden få svårare konsekvenser på kvinnodominerade arbetsplatser eftersom arbete inriktat mot andra människor inte går att rationalisera lika lätt som annat arbete. Nedskärningar på kvinnodominerade arbetsplatser medför att färre personer skall utföra lika mycket eller mer arbete vilket leder till ökad stress och minskar inflytandet över arbetsituationen. Kvinnornas andel av sjukskrivningarna har ökat successivt under 1990-talet och år 2003 svarade kvinnor för 63 procent av antalet sjukpenningdagar. Kvinnors sjukskrivningsperioder var också längre än mäns (26 sjukpenningdagar per år jämfört med 15 dagar för män).

Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och förvärvsarbete. De som har lång utbildning förvärvsarbetar i större utsträckning än de med kort utbildning. År 2000 förvärvsarbetade 77 procent av den totala befolkningen i åldrarna 25–64 år. Motsvarande andel för befolkningen med eftergymnasial utbildning var 86 procent och för personer med förgymnasial utbildning 65 procent.

Under högkonjunkturen i slutet av 1990-talet ökade sysselsättningen snabbare för utrikes än för inrikes födda. Trots det var skillnaderna i sysselsättningsgrad mellan grupperna fortfarande stora. Lägst sysselsättningsnivåer fanns bland de utomeuropeiskt födda och personer födda i Europa utanför Norden. För personer födda i Sverige med utrikesfödda föräldrar, är situationen bättre. De med en svensk förälder har arbete eller är arbetslösa ungefär i samma utsträckning som Sverigefödda, medan de med två utrikesfödda föräldrar har en situation som i stort är jämförbar med personer födda i västvärlden utanför Norden.

Arbetslösheten för utomnordiskt födda ökade enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar mellan första halvåret 2003 och första halvåret 2004, från

13 till 16 procent vilket kan jämföras med andelen Sverigefödda som låg på ca fem procent. Trots denna stora skillnad i arbetslöshetstal finns inte samma gap i andel långtidsarbetslösa av alla arbetslösa år 2004. Ett undantag är män 25–54 år, där individer födda utanför Norden har ca fem procentenheters högre andel långtidsarbetslösa än övriga.

För närvarande ökar antalet ungdomar i åldern 16–24 år kraftigt i Sverige. Parallellt med ökningen har efterfrågan på arbetsmarknaden varit svag vilket särskilt drabbar ungdomar som ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden. Trots att ungdomsarbetslösheten i allmänhet är relativt kortvarig, kan den ha kraftiga långvariga effekter för de individer som hamnar utanför arbetsmarknaden.

Personer med funktionshinder har lägre sysselsättningsgrad än befolkningen i stort. Av den undersökning som SCB gör vartannat år om funktionshindrades situation på arbetsmarknaden framgår att år 2004 var knappt 62 procent av de med funktionshinder sysselsatta och av dem som också bedömde att funktionshindret medförde nedsatt arbetsförmåga var endast 50 procent sysselsatta. Motsvarande siffra för den totala befolkningen var 73 procent.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

I budgetpropositionen för år 2002 (prop. 2001/02:1) presenterade regeringen ett elvapunksprogram för ökad hälsa och i december 2003 gavs en avsiktsförklaring för ökad hälsa i arbetslivet. Stora delar av detta program är genomförda och det målmedvetna arbetet har givit resultat. Sedan år 2002 har färre personer blivit sjukskrivna och många sjukskrivna har återgått till arbete. Det finns goda förutsättningar att nå regeringens mål om att frånvaron från arbetslivet skall halveras år 2008 i förhållande till år 2002, samtidigt som antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar skall minska.

I budgetpropositionen för 2006 (prop. 2005/06:1) lade regeringen fram både ett tvåårigt sysselsättningspaket och en samlad strategi mot ohälsan i sju punkter. Huvuddelen av åtgärderna i sysselsättningspaketet sker inom ramen för arbetsmarknadspolitiken, bl.a. ingår plusjobb, utbildningsvikariat och lärlingsplatser för ungdomar. Målet med den samlade strategin mot ohälsa är att ta tillvara arbetsförmågan hos sjuka och funktionshindrade samt att sjukförsäkringen skall fungera som en bro tillbaka till arbetslivet. Bland annat ingår en miljard kronor för att stimulera hälso- och sjukvården att prioritera sjukskrivna, en förstärkt företagshälsovård, ett pilotprojekt för långtidssjukskrivna och fler jobbomöjligheter för funktionshindrade.

I 2006 års ekonomiska vårproposition (prop. 2005/06:100) föreslår regeringen ytterligare ett antal åtgärder inom det arbetsmarknadspolitiska området.

- En omprioritering av de arbetsmarknadspolitiska resurserna innebär 8 500 fler programplatser för praktik och utbildning. Genom denna ökning kan även 1 000 fler långtidsarbetslösa äldre inom aktivitetsgarantin och ungdomar erbjudas folkhögskolestudier.
- Arbetsmarknadsutbildningen skall utökas i år och framöver. Antalet programplatser skall öka med 11 000 per år för både år 2007 och år 2008.

- Personer som är över 60 år vid anvisningstillfället till plusjobb skall Skr. 2005/06:205 kunna ha fortsatt plusjobb tills de fyller 65 år.
- Regeringen aviserar även en ökning av antalet plusjobb från den 1 juli 2006 med 1000 platser som särskilt riktas till ungdomar.
- Fler lönebidrag för funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga. Regeringen avser att förstärka resurserna motsvarande 2 000 fler lönebidragsplatser andra halvåret 2006 och hela år 2007.
- Regeringen permanentar Arbetsplatsintroduktionen för vissa invandrare från 2007. Sedan starten år 2003 och fram till årsskiftet 2005 har antalet deltagare uppgått till närmare 8 000.
- Regeringen avser också föreslå en förlängning av möjligheten till att ge allmänt anställningsstöd till ungdomar 20–24 år redan efter sex månaders inskrivning vid arbetsförmedlingen. I år beräknas 1 500 ungdomar per månad ha en anställning med allmänt anställningsstöd.

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och Försäkringskassan har regeringens uppdrag att gemensamt inom ramen för samverkan och en finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet verka för att antalet sjukskrivna arbetslösa, sjukskrivna anställda som behöver byta anställning på grund av ohälsa samt personer med aktivitetsersättning eller tidsbegränsad sjukersättning som återfår arbetsförmågan och får ett arbete skall öka. AMS och Försäkringskassan har under tre år arbetat efter en kontinuerligt uppdaterad handlingsplan för samverkan avseende insatser för sjukskrivna arbetslösa. Formerna för samverkan har varit framgångsrika när det gäller att erbjuda många personer rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Under åren 2003–2005 har drygt 26 000 personer fått del av insatserna. Av dessa har 8 800 personer fått arbete eller börjat en utbildning. Målgruppen har från och med den 1 januari 2006 utvidgats till att även omfatta sjukskrivna med anställning som inte kan återgå till samma arbetsgivare och därmed behöver hjälp med att hitta ett nytt arbete.

Regeringen har också uppdragit till Försäkringskassan och AMS att under åren 2006 och 2007 bedriva en pilotverksamhet med förstärkta insatser för långtidssjukskrivna. Inom ramen för en pilotverksamhet i samverkan skall nya och förstärkta insatser genomföras för alla försäkrade som är långtidssjukskrivna eller uppbär aktivitetsersättning eller tidsbegränsad sjukersättning. Med långtidssjukskrivna avses de som varit sjukskrivna i två år eller mer. syftet är att ta till vara den arbetsförmåga som dessa personer kan ha och att underlätta deras återgång till arbetslivet. Det skall säkerställas att rehabilitering eller andra åtgärder erbjuds de personer som kan börja arbeta igen men också att rätt ersättning utges. Pilotverksamheten bedrivs inledningsvis i Västra Götalands och Västmanlands län och skall successivt utvidgas till att omfatta fler län för att senast vid utgången av 2007 omfatta hela landet.

Friår innebär att en anställd tar ledigt i tre till tolv månader samtidigt som en arbetssökande, inskriven på arbetsförmedlingen, går in som vika-rie. Friåret har två huvudsakliga syften: dels att ge anställda möjligheter till rekreation, kompetenshöjning eller annan personlig utveckling, dels att möjliggöra för arbetslösa att stärka sin ställning på arbetsmarknaden genom det tillfälliga arbetet. Friåret är en relativt ny åtgärd och den arbetsmarknadspolitiska inriktningen av friåret har stärkts i samband med att friåret utvidgades till att omfatta hela landet den 1 januari 2005. Det finns 14 000 friårsplatser för 2006.

I regeringens andra uppföljning av handikappolitiken (skr. 2005/06:110) konstateras att viktiga insatser görs inom arbetsmarknadspolitiken för att förbättra situationen för personer med funktionshinder. Samtidigt har andra politikområden ett delat ansvar. Exempelvis har utbildningspolitiken ett ansvar för att utbildningar är tillgängliga på ett sådant sätt att alla som vill får möjlighet att studera. Regeringen framhåller vikten av att de kommande åren särskilt sätta fokus på förutsättningarna för att personer med funktionshinder skall få samma möjligheter till utbildning och arbete som andra och avser att tillsätta en utredning för att göra en kartläggning och analys av de insatser samhället erbjuder.

Utbildningsnivå

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Utbildningsnivån är en viktig bestämningsfaktor för hälsa eftersom den i hög grad påverkar möjligheterna att välja yrken och arbeten som inte präglas av höga risker för ohälsa eller skador. Sambandet mellan hög utbildning och god hälsa går alltså delvis via förbättrade möjligheter till hälsosamma val på arbetsmarknaden. Det finns också andra samband mellan utbildning och hälsa. Utbildning leder till högre kunskapsnivå och därmed mer informerade och hälsosamma konsumtionsval. Högre utbildning leder ofta till högre inkomst och därmed bättre ekonomiska möjligheter att leva ett hälsosammare liv. Statistik från SCB visar att ohälsa i form av t.ex. värk från rygg, nacke och leder eller besvär av ångslan, oro och ångest är betydligt vanligare bland lägre utbildade än bland högre utbildade. De största skillnaderna i ohälsa finns mellan dem som enbart har förgymnasial utbildning och dem som har eftergymnasial utbildning. Detta förklaras till viss del av att personer med kortare utbildning oftare är äldre, medan personer med längre utbildning oftare är yngre.

Det finns en samvariation mellan elevers skolprestationer och föräldrarnas utbildningsnivå respektive sociala tillhörighet. Barn från högre socioekonomiska grupper har bättre studieresultat och dessa skillnader kan identifieras redan tidigt under skolåren. Man har även kunnat konstatera att studenter med arbetarbakgrund är underrepresenterade vid universitet och högskolor.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn utbildningsnivå används indikatorn andel personer i olika grupper med låg utbildningsnivå. Indikatorn mäts med hjälp av statistik från SCB:s statistikdatabas.

Utbildningsnivån för Sveriges befolkning har stigit under hela 1900-talet och fortsätter uppåt. I och med detta har den demografiska utbildningsstrukturen kommit att förändras markant. Andelen i befolkningen som endast har en grundläggande utbildning samvarierar kraftigt med födelseår eftersom äldre årskullar över tid ersätts av yngre kullar som har högre utbildningsnivåer. Kvinnor har oftare än män en eftergymnasial utbildning men det är fler män än kvinnor som är forskarutbildade.

Det finns fortfarande markanta skillnader mellan olika socioekonomiska grupper när det gäller utbildningsnivån. Undersökningar visar att snedrekryteringen till högre utbildning har minskat något under 1990-talet,

men statistik från år 2004 visar dock att skillnaden fortfarande är stor. Utbildningsnivån skiljer sig avsevärt bland utrikesfödda. Olika individer har invandrat vid olika tidpunkter, under skilda omständigheter och från olika världsdelar. De utrikesfödda som grupp har dock ungefär samma utbildningsnivå som de Sverigefödda, men det finns skillnader mellan några grupper. Exempelvis är fler kvinnor med utländsk bakgrund lågutbildade jämfört med kvinnor födda i Sverige.

Den kraftiga utbyggnaden av högskolan har inneburit ett ökat antal studenter med funktionshinder vid lärosätena. År 2004 fick ca 3 500 studenter (2 200 kvinnor och 1 300 män) med funktionshinder särskilt pedagogiskt stöd vid universitet och högskolor, vilket är en ökning med 67 procent sedan år 2002. Kvinnor står för en något större ökning än männen och år 2004 utgjorde kvinnorna 37 procent av antalet personer med stöd. En förklaring till ökningen är att nästan dubbelt så många personer med dyslexi, läs- och skrivsvårigheter, har fått stöd under år 2004 jämfört med år 2002. Utbildningsnivån är dock fortfarande lägre bland personer med funktionshinder jämfört med befolkningen i övrigt. År 2004 hade var femte genomgått en eftergymnasial utbildning jämfört med var tredje person utan funktionshinder.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

År 1996 påbörjades en försöksverksamhet med en eftergymnasial 2–3 årig kvalificerad yrkesutbildning (KY) i samverkan mellan kommuner, företag och högskolor. Av dem som gått ut en KY hade 85 procent arbete eller eget företag inom sex månader och ytterligare drygt 10 procent valde att studera vidare. Verksamheten permanentades år 2002.

För att ytterligare befästa den förnyelse som ägt rum i kommunerna under det s.k. kunskapslyftet (en femårig statlig satsning under perioden 1997–2002) beslutade riksdagen att ett riktat statsbidrag till kommunerna för kommunal vuxenutbildning skulle utgå för åren 2002–2005. Det riktade statsbidraget, som år 2006 omfattade drygt 1,7 miljarder kronor, har sedan förlängts med ytterligare tre år.

I regleringsbrevet för Myndigheten för skolutveckling för åren 2005 och 2006 under verksamhetsområdet Vuxnas lärande anges att myndighetens insatser särskilt skall fokuseras på det nationellt prioriterade området ”vuxna med kort eller ofullständig utbildning” samt området ”jämförbarhet”.

Regeringen har i mars 2006 i propositionen Vissa frågor om vuxnas lärande, m.m. (prop. 2005/06:148) föreslagit att vuxna med utvecklingsstörning skall få rätt att delta i grundläggande särövutbildning om de saknar sådana kunskaper som utbildningen i den obligatoriska särskolan syftar till att ge och har förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen.

Folkbildningen har nyligen utvärderats av en utredare som lämnade sitt slutbetänkande Folkbildning i brytningstid (SOU 2004:30) i mars 2004. Utredaren pekar bl.a. på de omfattande och viktiga bidrag som folkbildningen genom sin verksamhet indirekt lämnar till arbetet med en förbättrad folkhälsa. Regeringen har under våren 2006 lagt fram propositionen Lära, växa, förändra – Regeringens folkbildningsproposition (prop. 2005/06:192) där beredningsunderlaget bl.a. utgörs av denna utvärdering. Ett av de prioriterade verksamhetsområdena för folkbildningens aktörer föreslås vara arbetet med folkhälsa.

Stora ekonomiska satsningar på studiestödet har genomförts, bl.a. studiestödreformen år 2001, införandet av ett rekryteringsbidrag till vuxenstuderande år 2003 och av ett tilläggsbidrag till studerande med barn år 2006. Rekryteringsbidraget till vuxenstuderande används av landets kommuner som ett verktyg i deras uppsökande verksamhet för att stimulera till studier på grundskole- och gymnasienivå. Målgruppen för stödet är kortutbildade svårrekryterade personer som är eller riskerar att bli arbetslösa eller som på grund av funktionshinder behöver extra lång tid på sig för att uppnå studiemålen.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) ansvarade fram till den 31 december 2005 för särskilt utbildningsstöd/assistans till deltagare med funktionshinder vid folkhögskola samt till studenter med rörelsehinder vid universitet och högskola. Sisus har i samverkan med universitet och högskolor även genomfört en treårig försöksverksamhet med särskilt utbildningsstöd till studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder. Verksamheten överfördes den 1 januari 2006 till ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen och namnet ändrades till Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus). Det nya institutet har fått i uppdrag att fortsätta försöksverksamheten t.o.m. den 31 december 2006 för att sedan permanentas. Sisus har även beviljats medel från den särskilda statliga satsningen på psykiskt funktionshindrade till att ta fram en skriftlig guide om studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder samt om olika studiestöd.

Tillgång till bostad

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Boendet har en grundläggande betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Via boendet länkas vi på ett mycket omedelbart sätt till det samhälle vi lever i. Att ha en bostad är att ha en egen plats dit man kan dra sig tillbaka för att hämta kraft och få vara privat. Bostaden är också viktig för vår identitet. Den som inte har drägliga boendeförhållanden har svårt att klara övriga delar av livet, t.ex. utbildning och arbete, vilka är grundläggande komponenter för delaktighet i samhället och viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Utländsk forskning pekar på ett samband mellan svårigheter att klara den månatliga boendekostnaden och sämre självskattad fysisk och psykisk hälsa.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn tillgång till bostad används indikatorn bostadsmarknadsläget per kommun. Indikatorn mäts med hjälp av resultat från Boverkets bostadsmarknadsenkät.

Sedan år 1998 har andelen kommuner som uppger att de har bostadsbrist ökat från sju till drygt 30 procent. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät bor 60 procent av Sveriges invånare i kommuner där kommunen har uppgett att det råder bostadsbrist. Antalet personer i varje hushåll har samtidigt minskat, vilket gör att det behövs fler bostäder. Dessa faktorer i kombination med låga räntor har lett till en prisökning på framförallt nyproducerade bostadsrättslägenheter i storstäderna. Det har försvårat för ekonomiskt svaga grupper att få en god bostad. Mer än var

tredje kommun uppger att det har blivit svårare att få fram bostäder till dem som av olika skäl inte kan få eget förstahandskontrakt på den ordinarie bostadsmarknaden och var fjärde kommun anger att det behövs fler bostäder så att även dessa personer får en egen bostad. En trängre bostadsmarknad medför sannolikt en ökad risk för hemlöshet och social utslagning. Skr. 2005/06:205

Hemlöshet är ett allvarligt socialt problem. Arbetet mot hemlöshet handlar både om att se till att de som i dag är hemlösa får ett värdigt boende och att förhindra att hemlöshet uppstår. Socialstyrelsens senaste kartläggning av hemlösa visar att hemlöshet fortsätter att vara ett problem i Sverige. Kartläggningen för år 2005 bekräftar på många sätt resultaten från tidigare kartläggningar från år 1993 och år 1999. Till skillnad från tidigare, då resultaten pekade på att hemlösheten låg på en konstant nivå mellan kartläggningarna, så pekar den senaste kartläggningen på att hemlösheten ökar. Totalt inrapporterades 17 800 personer som hemlösa under undersökningsveckan. Tre fjärdedelar av dessa är män och en fjärdedel är kvinnor. Andelen kvinnor och personer födda utanför Norden fortsätter att öka, något som noterades redan år 1993. En stor andel har missbruksproblem, över 60 procent, och en ökande andel, 40 procent, har psykiska problem.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Staten har infört olika investeringsstöd för att öka bostadsbyggandet, bl.a. investeringsbidrag till framför allt hyresrätter, investeringsstimulans för byggande av mindre hyreslägenheter och studentbostäder samt kreditgarantier för långivare. Insatserna har givit resultat och produktionen av bostäder har ökat markant. Det räcker dock inte med att fler bostäder tillförs bostadsmarknaden. För att de skall fördelas rättvist krävs dessutom en fungerande förmedling av bostäder.

På regeringens uppdrag inrättade Boverket år 2001 ett Byggkostnadsforum med uppgift att genom information, upplysning och utveckling på sikt få ner byggkostnaderna och därmed boendekostnaderna. Sedan år 2002 får Boverkets Byggkostnadsforum använda 20 miljoner kronor årligen för att stödja lämpliga pilotprojekt som på ett nytt sätt söker få ner boendekostnaderna vid nybyggnad av hyresbostäder samtidigt som projekten främjar ekologisk hållbarhet. Pengarna kan också användas för att i efterhand utvärdera projekt som redan genomförts så att dessa kan fungera som goda exempel.

Regeringen utsåg våren 2005 en nationell bostadssamordnare med uppgift att under en treårsperiod arbeta för att ta fram förslag på konkreta åtgärder för att underlätta ungdomars tillträde till bostadsmarknaden. Samordnaren skall också kartlägga hinder för ungdomar att skaffa sig ett eget boende samt kartlägga och sprida kunskap om framgångsrika initiativ, såväl privata som kommunala. Samordnaren skall redovisa en slutrapport senast den 18 december 2007.

En interdepartemental arbetsgrupp har i uppdrag att se över vilka åtgärder som krävs för att göra lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar tydlig för kommunerna när det gäller ansvarets innebörd samt stärka kommunernas möjligheter för att effektivt och ändamålsenligt fullgöra sitt ansvar för en fungerande bostadsförsörjning på jämlika

och rättvisa villkor för alla invånare. En departementspromemoria baserad Skr. 2005/06:205 på gruppens arbete remissbehandlas för närvarande.

Kommunerna har genom socialtjänstlagen (2001:453) ett ansvar för att motverka hemlöshet och insatser mot hemlöshet vilar ytterst på den kommunala socialtjänsten. Sedan år 2001 gäller bostadsförsörjningslagen som tydliggör kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen. Enligt denna lag är varje kommun skyldig att planera för bostadsförsörjningen i kommunen i syfte att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder.

I vårpropositionen för år 2006 (prop. 2005/06:100) föreslår regeringen en rad åtgärder för att motverka hemlösheten. Åtgärderna syftar bl.a. till att förtydliga socialtjänstens ansvar för att motverka vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer. Regeringen föreslår vidare att Socialstyrelsen får ökade resurser för att stödja lokala insatser mot hemlöshet.

Enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan personer som har stora och varaktiga funktionshinder som orsakar omfattande betydande svårigheter i det dagliga livet och omfattas av lagens personkrets erhålla bl.a. bostad med särskild service om behov finns. Av 2 500 ej verkställda beslut om insatser enligt LSS år 2004 avsåg 422 beslut om bostad med särskild service för vuxna, en ökning från 292 beslut år 2001. Detta är den enskilda insats som har flest icke verkställda domar. Möjligheten finna att döma ut en särskild avgift – en s.k. sanktionsavgift – om kommuner inte verkställer de dom, som ger den enskilde rätt till stöd enligt LSS eller enligt Socialtjänstlagen (2001:453).

Bostadsutrymme

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

En klassisk ofärdsindikator, som ofta förekommer i diskussioner kring bostadsutrymme, är trångboddhet. Trots att frågan har diskuterats under lång tid så är kunskapen om hur trångboddhet i sig påverkar hälsan begränsad. Med trångbodda hushåll menas här hushåll med fler än en boende per rum, vardagsrum och ett ”föräldrarum” samt kök oräknade, samt enpersons-hushåll i ett rum och kök eller mindre (SCB:s mått på trångboddhet enligt norm 3).

Det finns utländska studier om trångboddhet och hälsa men de kan vara svåra att överföra till svenska förhållanden eftersom vår bostadsstandard generellt är mycket hög och den typ av trångboddhet som finns i många länder har begränsad omfattning i dagens Sverige. Sambanden mellan hälsa och trångboddhet är troligen tydligare då det gäller extrem trångboddhet (mer än två personer per rum, köket oräknat). Problem som anges vid extrem trångboddhet är olika fysiska och psykiska besvär som sömnbrist, stress, ryggproblem och besvär med luftvägarna på grund av dålig inomhusmiljö. Barnen saknar plats för läsläsning och lek. Det blir dessutom svårare att städa och brist på utrymme för sovplatser och förvaring.

En studie från Göteborg, som refereras i den folkhälsopolitiska rapporten, tyder på att de sociala konsekvenserna av trångboddhet kan bli allvarliga. Barn kan få svårigheter i skolan för att de inte får lugn och ro att läsa läxor hemma. Relationer inom familjen kan bli ansträngda – det uppstår lättare slitningar mellan samboende/makar och mellan föräldrar

och barn. Barn och ungdomar som har trångt hemma kan söka sig ut till offentliga platser, bilda gäng och i värsta fall hamna i riskzonen för t.ex. kriminalitet och droger. Skr. 2005/06:205

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn bostadsutrymme används indikatorerna andel trångbodda och andel skolbarn som har eget rum. Indikatorerna mäts med hjälp av statistik från SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Under perioden 1965–1974 minskade trångboddheten, framförallt i storstäderna, då en stor mängd nya bostäder byggdes inom ramen för det s.k. miljonprogrammet. Under de senaste 20 åren så ser man dock inga stora förändringar utan trångboddheten har varierat runt 15 procent.

De familjer som bor trångt är ofta ekonomiskt resurssvaga vilket innebär att de huvudsakligen är hänvisade till hyresrätter. Hyreslägenheter om fem rum och kök, vilket krävs för att en trebarnsfamilj inte skall räknas som trångbodd, utgör emellertid endast några få procent av beståndet av hyreslägenheter. En grupp som särskilt bör uppmärksammas när det gäller trångboddhet är därför familjer med flera barn och låga inkomster. Var tredje person med en disponibel inkomst i den lägsta kvartilen var trångbodda perioden 2000–2001, vilket kan jämföras med endast var 20:e i den högsta kvartilen. Under den senaste tioårsperioden har andelen trångbodda ökat något bland hushållen med de lägsta inkomsterna.

Bland de som är födda utrikes är många trångbodda. Även bland personer som är födda i Sverige av utrikesfödda föräldrar eller som har en utrikes och en inrikes född förälder är det påtagligt fler som är trångbodda. Enligt statistik från år 2003 hade 88 procent av barnen i årskurs 3–6 eget rum och av dem i årskurs 7–9 hade 93 procent eget rum. Bland de barn i åldern 10–18 år i urvalet vars föräldrar var födda i Sverige hade 94 procent eget rum medan motsvarande andel bland barnen med utländska föräldrar var 66 procent. Det här betyder alltså att en tredjedel av barnen med utländsk bakgrund saknar tillgång till eget rum.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Boverket har i regleringsbrevet för 2006 fått i uppdrag om att kartlägga trångboddhet i Sverige. Boverket skall redovisa hur trångboddheten har utvecklats över tiden och hur trångboddheten varierar mellan olika grupper. I redovisningen av följderna av trångboddhet för olika grupper bör särskilt barn- och jämställdhetsperspektivet uppmärksammas. Boverket skall också analysera orsakerna bakom trångboddheten. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 1 september 2006.

Trygghet i närmiljö

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Trygghet är ett av de mest grundläggande och starkaste mänskliga behoven och är centralt för människors välbefinnande. Det finns forskningsresultat som pekar mot att människor som lever i goda levnadsomständigheter känner mindre rädsla än människor som lever under mer osäkra villkor. Det finns även ett samband mellan känslan av trygghet i grann-

skapet och självs kattad fysisk och psykisk hälsa. Även om män i högre grad än kvinnor utsätts för våld i offentlig miljö, är kvinnor mer oroliga för att bli utsatta. Kvinnor beaktar risken för sexuellt våld och undviker därför i högre grad än män miljöer som upplevs som farliga. Bestämningss faktorn trygghet i närmiljön är här avgränsad till känsla av trygghet i förhållande till risken att utsättas för brott mot person utanför bostaden. Skr. 2005/06:205

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn trygghet i närmiljö används indikatorn trygg och säker omgivning. Indikatorn mäts med hjälp av statistik från Statistiska Centralbyråns SCB:s) undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Andelen personer som uppger att de avstått från att gå ut på grund av oro har varit relativt konstant under perioden 1980–2003. Kvinnor som är 65 år och äldre, är den grupp som oftast avstått från att gå ut. Både kvinnor och män som bor i städer är mer oroliga än de som bor på landet. Bland kvinnor håller dessa skillnader dock på att utjämnas och oron ökar även på landsbygden.

Nästan hälften av kvinnor i åldrarna 75–84 år avstår från att gå ut på kvällen av rädsla för att bli utsatta för våld. För män i motsvarande åldrar är andelen knappt 20 procent. För kvinnor i åldrarna 65–74 år är andelen 35 procent medan den är tolv procent för män. Orsakerna till den upplevda rädslan och till skillnaden mellan kvinnor och män är säkert flera, exempelvis otrygghet, nedsatt funktionsförmåga och att kvinnor i större utsträckning än män är ensamstående och därmed ofta saknar möjlighet att få sällskap eller hjälp.

Enligt studier som presenteras i FHI-rapporten Födelselandets betydelse från år 2002 var utrikesfödda mer rädda för att gå ut på kvällen än personer födda i Sverige. Exempelvis uppgav 37 procent av kvinnorna födda i Turkiet att de var rädda för att gå ut på kvällen. För de Sverige-födda kvinnorna var siffran 15 procent. *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning* (HomO) tar i sitt remissvar upp att det är mycket vanligare bland homo- eller bisexuella personer (40 procent) att avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad på annat sätt än bland heterosexuella personer (24 procent).

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Den fysiska planeringen spelar en viktig roll för att skapa trygga miljöer. Planeringen kan handla om hur byggnader lokaliseras till varandra och till omgivande vägar och gångstråk, om utformningen av torg, gång- och cykelvägar, parker och tunnlar och om var och hur olika funktioner som entréer, tvättstugor, lägenhetsförråd och parkering lokaliseras och utformas. Den fysiska planeringen är en kommunal angelägenhet och statens roll är att genom rådgivning och lagstiftning stödja och sätta ramarna för kommunerna i deras arbete.

Det brottsförebyggande arbete som ligger inom Boverkets ansvarsområde är s.k. situationell brottsprevention, vilket innebär att begränsa tillfällena till brott, till skillnad från social brottsprevention, som avser att förändra människors värderingar och beteenden. Boverket ger planeringsråd till kommunerna när det gäller brott i bebyggelsen. Boverket skriver också byggregler och gör informationsinsatser om förvaltning och under-

håll till byggherrar, förvaltare och fastighetsägare. När det gäller insatser lokalt har kommunerna möjlighet att i sin fysiska planering lyfta fram trygghetsskapande och brottsförebyggande aspekter. Skr. 2005/06:205

I den nya översynen av plan- och bygglagen Får jag lov. Om planering och byggande (SOU 2005:77) framförs att det bör föras in en ny paragraf med bestämmelser som ger ett uttryckligt stöd för att de olika dimensionerna inom begreppet hållbar utveckling skall beaktas inom lagens tillämpningsområde. Kommittén menar att bestämmelserna bör uttrycka att planläggning och byggande skall ske så att en från social synpunkt god livsmiljö för alla människor främjas. Därigenom uttrycks målet att kommunens beslut om förändringar i den fysiska miljön bl.a. skall bidra till goda livsvillkor för alla.

I sitt remissvar till den folkhälsopolitiska rapporten lyfter *Rikspolisstyrelsen* fram Bo Tryggt 05, råd och förslag för en tryggare och säkrare boendemiljö, som genomförts av Polismyndigheten i Stockholms län i samverkan med bl.a. bostadsföretag, Chalmers i Göteborg och KTH i Stockholm. Genom att utforma och förvalta boende- och närmiljön på ett genomtänkt sätt kan brottsligheten i bostadsområden och därmed tryggheten påverkas. Målsättningen är att materialet skall spridas och användas i hela landet.

Tillgång till transporter för personer med funktionshinder

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

För att minska ojämlikheten i hälsa för kvinnor och män med funktionshinder i förhållande till befolkningen i stort krävs mer jämlika livsvillkor, vilket inkluderar tillgång till olika former av transporter. Möjligheten att nyttja transportsystemet har betydelse för tillgängligheten när det t.ex. gäller arbete, bostad, kultur och sociala aktiviteter, förhållanden som tillsammans skapar en grund för ekonomisk och social trygghet och därmed är viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Kvinnor använder sig av kollektiva transportmedel och promenerar i större utsträckning än män för att ta sig till jobbet. Väl fungerande kollektiva transportmedel är därför viktiga för en jämställd utveckling av transportsystemet.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn tillgång till transporter för funktionshindrade används indikatorn funktionshindrade personers möjlighet att utnyttja transportsystemet. Rikstrafiken, trafikverken och Boverket genomför sedan år 2002 årliga mätningar av funktionshindrades möjlighet att utnyttja transportsystemet. Undersökningarna bygger på självskattningar i vilken mån man kan resa med eller utan besvär. De visar således enbart hur personer med funktionshinder upplever tillgängligheten till transportsystemet. De består av ett selektivt urval och har pågått alltför kort tid för att tillåta några statistiskt säkra slutsatser om utvecklingen. Den bild som likväl framträder ger vissa indikationer på hur personer med funktionshinder upplever tillgängligheten till transportsystemet. Den senaste undersökningen visar att reseförhållandena i allmänhet har förbättrats.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Med anledning av riksdagens beslut om den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) har trafikmyndigheterna och Rikstrafiken fått en rad olika uppdrag. Rikstrafiken fick bl.a. i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett nationellt nät av tillgänglig kollektivtrafik samt utarbeta en plan för hur och när förändringarna måste genomföras fram till år 2010. Uppdraget konkretiserades i projektet Hela Resan som var ett samverkansprojekt mellan Rikstrafiken, trafikverken m.fl. Utifrån de erfarenheter och kunskaper som inhämtats från projektet Hela Resan har trafikverken och Rikstrafiken utformat en gemensam strategi för hur målet för år 2010 skall kunna uppnås. Rikstrafiken har i samverkan med de fyra trafikverken och Boverket utarbetat råd och riktlinjer för transportslagsövergripande gemensamma funktioner på stationer och terminaler.

Målet om att kollektivtrafiken bör vara tillgänglig för personer med funktionshinder senast år 2010 är numera införlivat som ett av transportpolitikens etappmål. Trafikmyndigheternas sektorsansvar är fastlagt i respektive myndigheters instruktion. I det ligger att hänsyn skall tas till funktionshindrades behov. Trafikmyndigheterna arbetar således kontinuerligt med frågan. Rikstrafiken har fått ansvar för att anpassningen av kollektiva färdmedel samordnas mellan samtliga trafikslag. Regeringens bedömning är att viktiga förbättringar har skett i syfte att anpassa kollektivtrafiken till de funktionshindrades behov. Möjligheterna att nå de handikappolitiska målen är goda men anpassningen av kollektivtrafiken går för långsamt i förhållande till det uppsatta målet. Åtgärdsbehoven är stora och består främst i brister avseende trafiksamordning, information, bokning, biljetthantering, personlig service och bemötande samt fysisk miljö vid terminaler och stationer.

I propositionen Moderna transporter (prop. 2005/06:160) anför regeringen att Vägverket och Banverket gemensamt bör leda arbetet med att ta fram ett nationellt handlingsprogram för kollektivtrafikens långsiktiga utveckling. Som en del i det arbetet bedömer regeringen att det behövs en nationell kraftsamling och prioritering av de samlade insatserna för att nå målet om en tillgänglig kollektivtrafik senast år 2010. Detta arbete bör ske i samverkan med bl.a. övriga berörda myndigheter.

Regeringens bedömning: Barns relationer till föräldrarna är av mycket stor vikt för deras hälsa. Det är viktigt att föräldrar och barn får stöd från samhället i utsatta situationer. Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag sammanställt metodkunskap om föräldrastöd och ansvarar för att kunskapen sprids till i första hand kommuner och landsting. Flera insatser har genomförts i syfte att förstärka samhällets stöd till barn i utsatta situationer.

En förskola av god kvalitet har stor betydelse för att främja en god hälsa hos barn. För att stärka förskolans kvalitet satsas åren 2005–2007 statliga medel för att kommunerna skall kunna anställa 6 000 fler förskollärare, barnskötare och annan personal i landets förskolor. Myndigheten för skolutveckling har redovisat ett uppdrag att initiera informations- och utvecklingsinsatser om förskolan som arbetsplats.

Barns och ungdomars hälsa påverkas av upplevelsen av sammanhang, delaktighet och inflytande i skolan. Det är viktigt att stärka elevernas inflytande i skolan. Ett flertal beslutade åtgärder bidrar till att stärka elevernas inflytande i skolan. Lagen om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever har antagits av riksdagen och trädde i kraft den 1 april 2006.

Utbildning är av stor betydelse för en god hälsoutveckling. Andelen elever som har betyget Godkänd i alla ämnen var 81 procent i grundskolan under läsåret 2003/04. Av de elever som når målen är fler flickor än pojkar, fler från socioekonomiskt starka grupper än från utsatta samt fler med svensk bakgrund än med utländsk. Regeringen anser att det är av stor vikt att alla barn och ungdomar skall ha likvärdiga möjligheter i skolan. För att ge alla barn och ungdomar likvärdiga möjligheter har en omfattande nationell satsning på personalförstärkning av lärare och andra specialister i skolan genomförts. Vidare aviserades i budgetpropositionen för år 2006 utvecklingsinsatser i matematik och läsinläring. Satsningar görs även på elever i kommuner med stor andel elever med utländsk bakgrund och låg målfyllelse.

Statens folkhälsoinstituts förslag:

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Trygga och goda uppväxtvillkor* har Statens folkhälsoinstitut (FHI) i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat fyra bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt fem indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till två olika politikområden. Därutöver anser regeringen att samtliga bestämningsfaktorer har koppling till politikområdet Barnpolitik.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Miljön i hemmet	Relationen mellan barn och föräldrar (h)	Folkhälsopolitik Barnpolitik
Miljön i förskolan	Anställdas utbildning (h)	Utbildningspolitik Barnpolitik
Miljön i skolan	Barns och ungas inflytande (h) Hur elever bemöts av lärare, andra vuxna och andra elever (h)	Utbildningspolitik Barnpolitik
Barns och ungas kompetenser	Fullständiga betyg i grundskolan (h)	Utbildningspolitik Barnpolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser påpekar vikten av en stärkt föräldrautbildning. Exempelvis menar *Riksföreningen för skolsköterskor* att föräldraverksamhet borde vara självklar från födseln tills man avslutar grundskolan. *Svenska föreningen för psykisk hälsa* anser att det är viktigt vid nya former av föräldrautbildning att inte ensidigt inriktas på samspel och samspelsträning eftersom det då i stort sett exkluderar den stora variation av för föräldrarna angelägna ämnesområden som de själva aktualiserar i de öppna grupperna.

Sveriges Psykologförbund framhåller förslagen om utökad forsknings- respektive metodutveckling om föräldrastöd som positiva. *Mödra- och Barnhälsovårdpsykologernas Förening* delar inte de påståenden som görs i Folkhälsopolitisk rapport 2005 gällande föräldrastödsgruppers effektivitet men är positiva till stöd för utvärderingar och forskning.

Flera remissinstanser instämmer i att det krävs insatser för att förbättra miljön i förskoleverksamhet, skola och skolbarnsomsorg men att detaljnivån på förslagen inte får vara för hög. Exempelvis betonar *Skolverket* att rådande ansvarsfördelning inom skolväsendet måste beaktas vid utformandet av insatser och att förslag med hög regleringsgrad är olämpliga inom det nuvarande målstyrda systemet.

Rädda Barnen betonar betydelsen av stärkt elevinflytande och framhåller vikten av information och det praktiska genomförandet. *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning* anser mot bakgrund av kommande lagstiftning mot diskriminering och annan kränkande behandling i skolan att nya frågor bör utvecklas inom målområdet för att kunna bedöma miljön i skolan. Frågorna bör konstrueras så att det är möjligt att urskilja olika former av trakasserier på grund av t.ex. kön, etnisk tillhörighet, religion och annan trossuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder etc.

Barnombudsmannen menar att indikatorn Fullständiga betyg i grundskolan behöver utvärderas och att Skolverket och Folkhälsoinstitutet bör studera sambandet mellan ungas hälsa och de olika kompetensvariabler som finns tillgängliga, för att basera ställningstagandet om val av indikator på data från den svenska grundskolan.

Skälen för regeringens bedömning

Trygga och goda uppväxtvillkor är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan och skall därmed utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU 7, rskr 2002/03:145).

Barndomen är en dynamisk tid i livet som kännetecknas av snabba förändringar i både kropp och beteende. De levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet, samtidigt som barn och ungdomar inte alltid kan välja den miljö de lever i och är extra känsliga för yttre påverkan. De långsiktiga effekterna av förebyggande insatser för att skapa goda levnadsvillkor kan av denna anledning vara särskilt stora om de sätts in tidigt i livet.

Barn och ungdomar i Sverige har vanligen en mycket god hälsa. Vid en sammanvägd bedömning år 2002 av folkhälsan hos barn i åldrarna 1–14 år rankade Världshälsoorganisationen Sverige bland de allra främsta länderna i Europa. Under de senaste två decennierna har hälsoutvecklingen under spädbarnstiden varit gynnsam. Utvecklingen i åldrarna 15–24 år har dock varit övervägande negativ. Sedan 1980-talets slut har konsumtionen av alkohol och illegala droger i åldrarna 15–24 år fördubblats. Det samma gäller förekomsten av övervikt och fetma i åldrarna 10–14 år. Barn som bor i ekonomiskt utsatta hushåll löper i jämförelse med andra barn en större risk för sjuklighet och död under de första levnadsåren samt för en försämrad hälsoutveckling senare i livet. Nästan hälften av ohälsan hos barn och ungdomar kan enligt undersökningar härledas till familjeomständigheter och föräldrarnas sociala tillhörighet. En könsskillnad som har uppmärksamats under senare år är att flickor i högre utsträckning än pojkar drabbas av nedstämdhet, sömnbesvär och värk. Flickor upplever sig oftare vara utsatta i relationen till vuxna i skolan och i relationen till andra elever. Pojkar visar i högre grad ett utagerande beteende, och går oftare ut skolan med ofullständiga betyg.

De folkhälsopolitiska insatserna för att förbättra barns uppväxtvillkor handlar om att ge den unga generationen möjlighet att på jämställda och jämlika villkor få inflytande över och vara delaktiga i samhället. Det handlar också om att öka förutsättningarna för goda relationer mellan barn och deras föräldrar samt med andra barn och vuxna. Det är vidare viktigt att förbättra förutsättningarna för utveckling av barns och ungas kompetenser inom olika områden. Centrala faktorer för barns och ungdomars hälsa är miljön i hemmet, bostadsområdet, förskoleverksamheten, skolarbarnsomsorgen, skolan och på fritiden, samt förhållanden som berör deras levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter, inte minst utformningen av lokala kulturverksamheter. Genom insatser inom dessa områden kan barns och ungdomars hälsa främjas och skillnader i uppväxtvillkor utjämnas. Barn och unga med funktionshinder har i första hand samma behov som andra barn och unga, men kan behöva särskilda lösningar för att kunna utvecklas och bli delaktiga på samma villkor som andra barn och unga.

Miljön i hemmet

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Den mest centrala aspekten av hemmiljön är barnens relation till sina föräldrar. Goda relationer mellan barn och föräldrar ökar möjligheterna till en god hälsa under hela livet. Föräldrarnas levnadsförhållanden och levnadsvanor har stor betydelse för barnens uppväxtvillkor och påverkar starkt hur barnen själva kommer att leva i framtiden. Barnen påverkas även av föräldrarnas ekonomiska villkor, arbete, inkomst, boendeförhållanden och

sociala situation. För barnets bästa är det viktigt att båda föräldrarna är delaktiga i barnets uppväxt och tar ansvar för barnet. Samhällets uppgift är att stödja och komplettera föräldrarna så att goda och trygga uppväxtvillkor kan garanteras alla barn. Skr. 2005/06:205

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

För att följa utvecklingen av bestämningsfaktorn miljön i hemmet används indikatorn relationen mellan barn och föräldrar. Denna indikator följs via statistik från SCB:s ULF-undersökningar om barns levnadsförhållanden för åren 2001–2003. Där ställs frågor om hur barn och ungdomar (10–18 år) kommer överens med mamma, pappa, mammas sambo och pappas sambo. Statistiken för denna tidsperiod visar att de flesta barn och ungdomar (80–90 procent) i åldern 10–18 år kommer bra överens med både sin pappa och sin mamma. De yngsta barnen (10–12 år) kommer något bättre överens med sina föräldrar än ungdomarna (16–18 år). Det finns inga tydliga könsskillnader enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005. Sociala skillnader och ursprung verkar ha liten betydelse för relationerna.

Under de senaste decennierna har relationen mellan föräldrar och barn förbättrats kraftigt med avseende på t.ex. andelen barn som blivit kroppsligt bestraffade. Detta framgår av Kommittén mot barnmisshandel betänkandet Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda (SOU 2001:72). Kommittén lät genomföra tre undersökningar om aga. Dessa visade bl.a. att såväl attityderna till kroppslig bestraffning som det faktum att antalet barn som blir slagna minst en gång per år har minskat kraftigt sedan 1960 – ingen annan attityd- eller beteendeförändring bland svenskar i Sverige har varit lika betydande. Jämfört med en liknande undersökning från 1980 hade andelen förskolebarn som fick kroppslig bestraffning minst en gång per år minskat från 51 till 8 procent. Andelen föräldrar som uppgav att de använde kroppslig bestraffning som en uppfostringsstrategi hade minskat med en tredjedel under samma tid. Mindre än en halv procent av svenska barn uppskattades uppleva svår och upprepad misshandel år 2000.

Nedan beskrivs de insatser som genomförts som påverkar bestämningsfaktorn.

– Föräldrastöd

Under de senaste tio åren har kunskaperna om hur föräldrar effektivt kan stödjas i sin föräldraroll ökat påtagligt. Dessa metoder och program har visat sig ge en mycket gynnsam effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa.

Regeringen gav därför i juni 2001 i uppdrag till Statens folkhälsoinstitut (FHI) att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra nytta. FHI överlämnade i januari 2005 rapporten Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd (dnr S2005/379/SK) till regeringen. I rapporten föreslås bl.a. att kommunerna bör erbjuda föräldrakurser till alla föräldrar. Enligt regleringsbrevet för år 2006 skall FHI särskilt redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att sprida den metodkunskap som sammanställts i rapporten. FHI har även fått i uppdrag att ta fram ett video/DVD-baserat material för föräldrastödsgrupper som kan användas av kommuner, landsting och andra intressenter.

Mödra- och barnhälsovården har en viktig föräldrastödande roll av betydelse för barnets och mödrarnas hälsa. Genom att mödra- och barnhälsovården finns på den lokala och regionala nivån finns en närhet till barnfamiljerna och möjlighet att upptäcka eventuella problem på ett tidigt stadium innan problemen har blivit för stora och svårhanterliga. Till exempel kan föräldrar till barn med funktionshinder erbjudas kompletterande stöd anpassat efter deras och barnets behov liksom nyblivna föräldrar med egna funktionshinder utifrån sina behov.

– Föräldrar som separerar

För att förstärka barnperspektivet i frågor som gäller vårdnad, boende och umgänge lämnade regeringen den 16 mars 2006 propositionen Nya vårdnadsregler (prop. 2005/06:99), som innehåller förslag till ändringar i föräldrabalken. Det föreslås bl.a. att betydelsen av barnets bästa skall komma till klarare uttryck i lagen och vara avgörande för alla beslut på detta område. Det framhålls att det i princip är bäst för barnet att en förälder som har utsatt barnet eller någon annan i familjen för övergrepp inte får del i vårdnaden om barnet. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2006.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar att ge stöd till föräldrar som separerar. År 2003 fastställde Socialstyrelsen Allmänna råd om socialnämndens handläggning av vissa frågor om vårdnad, boende och umgänge (SOSFS 2003:14 (S)). Samtidigt har Socialstyrelsen gett ut boken Vårdnad, boende och umgänge som stöd för rättstillämpning och handläggning inom socialtjänsten. Regionala konferenser för att föra ut kunskap om de allmänna råden anordnades under år 2004.

Socialstyrelsen har gett ut rapporten Redovisning av hur kommunernas skyldighet att tillhandahålla familjerådgivning fullföljs (dnr S2004/7901/ST). Det kan konstateras att antalet familjerådgivningsärenden har mer än fördubblats till drygt 25 000 under åren 1986–2004. Efterfrågan på familjerådgivningen är således omfattande. Enligt Socialstyrelsen är detta en trend som fortsätter.

– Ekonomiska insatser för barn

I departementspromemorian Ekonomiskt utsatta barn (Ds 2004:41) ges en samlad analys av situationen för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer. Enligt denna rapport hör barn till ensamstående föräldrar och barn med invandrarbakgrund till de mest ekonomiskt utsatta grupperna. Bl.a. med anledning av denna rapport aviserade regeringen i vårpropositionen år 2004 (prop. 2003/04:100) att en miljard kronor skulle avsättas från år 2006 för reformer för ekonomiskt utsatta barn. Regeringen har därefter lämnat propositioner till riksdagen med förslag på förbättringar inom underhållsstödet, bostadsbidraget och studiestödssystemet som riksdagen har bifallit. Lagändringarna innebär bl.a. att underhållsstödets belopp höjs med 100 kronor per barn och månad. Vidare höjs det särskilda bidraget för hemmavarande barn inom bostadsbidraget. Det införs också ett umgängesbidrag till föräldrar som på grund av vårdnad eller umgänge tidvis har sina barn boende hos sig. Dessutom införs ett barntillägg till studerande föräldrar inom studiestödssystemet.

För att förbättra barnfamiljernas ekonomi höjdes barnbidraget och det förlängda barnbidraget med 100 kronor per barn och månad från oktober 2005. Samtidigt infördes ett nytt flerbarnstillägg med 100 kronor per månad för det andra barnet och flerbarnstillägget höjdes med 100 kronor per månad från och med det tredje barnet.

Vårdbidraget syftar till att ge en förälder möjlighet att i hemmet ta hand om ett sjukt eller funktionshindrat barn med behov av särskild tillsyn och vård. Samhällsutvecklingen har inneburit att åldersgränsen 16 år har blivit föråldrad. Den övre gränsen för vårdbidraget höjdes därför den 1 januari 2003 från 16 år till halvårsskiftet det år den unge fyller 19 år. Samtidigt sänktes den nedre åldersgränsen för att få rätt till handikappersättning till halvårsskiftet det år då den försäkrade fyller 19 år. Funktionshindrade som behöver hjälp att klara sig i vardagen eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder har rätt till handikappersättning.

– Stöd för flickor och pojkar med funktionshinder

Barn med funktionshinder har behov av stöd och insatser för att kunna fungera på samma villkor som andra barn i samhället. Regeringen har den 16 mars 2006 redovisat en skrivelse om Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (skr. 2005/06:110) till riksdagen. I denna skrivelse utgör barnperspektivet en viktig del.

Socialstyrelsen, Specialpedagogiska institutet, Specialskolemyndigheten och Statens skolverk har haft i uppdrag att effektivisera samverkan avseende stödet till barn med omfattande funktionshinder. Uppdraget redovisades i maj 2005 i rapporten Ansvar och samverkan – helhetsperspektiv på samhällets stöd till barn och unga med funktionshinder (dnr U2005/5172/S).

Socialstyrelsen skall i samverkan med specialpedagogiska institutet på uppdrag av regeringen analysera förutsättningarna för samordning av olika individuella planer som ett barn, ungdom eller vuxen med funktionshinder kan ha. Uppdraget skall redovisas senast den 31 mars 2007.

En parlamentarisk kommitté har sedan juli 2004 haft i uppdrag att göra en översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder (dir. 2004:107, 2004:179 och 2005:66). I kommitténs uppdrag ingår att analysera hur barnperspektivet får genomslag i handläggning och beslut.

Utredningen Översyn av teckenspråkets ställning (dir. 2003:169) har bl.a. haft i uppdrag att göra en översyn av rätten och möjligheterna att använda teckenspråk och kartlägga förutsättningarna till likvärdig utbildning. Utredningen lämnade i maj 2006 sitt betänkande Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning (SOU 2006:54) till regeringen.

– Flickor och pojkar i utsatta situationer

I propositionen Stärkt skydd för barn i utsatta situationer (prop. 2002/03:53) lämnades förslag som syftar till att stärka skyddet för barn i utsatta situationer. Ändringarna trädde i kraft den 1 juli 2003. För att uppmärksamma barn som far eller riskerar att fara illa utvidgades anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Samtidigt infördes en referens till anmälningsskyldigheten i de lagar som reglerar verksamheter som kommer i kontakt med barn. En gemensam

skyldighet för polisen, hälso- och sjukvården, förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen att samverka med socialtjänsten när barn far eller riskerar att fara illa infördes. Med anledning av propositionen gav regeringen Socialstyrelsen ett antal uppdrag avseende utveckling och uppföljning av arbetet med barn i utsatta situationer. Socialstyrelsen har gett ut en kunskapsöversikt som syftar till att underlätta för socialtjänstens personal att samtala med barn.

I propositionen fastslogs också en ny straffskärpningsgrund som införts i 29 kap. 2 § 8 brottsbalken. Enligt denna skall som en försvårande omständighet vid bedömningen av ett brotts straffvärde särskilt beaktas om brottet varit ägnat att skada tryggheten och tilliten hos ett barn i förhållande till en närstående person. Straffskärpningsgrunden omfattar brott som direkt riktar sig mot ett närstående barn men också situationer där ett barn bevittnar att t.ex. den ena föräldern misshandlar den andra. Genom bestämmelsen kan barns utsatthet bättre uppmärksammas i brottsutredningar om t.ex. våldsbrott.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att i samverkan med Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling ta fram en nationell strategi för samverkan i frågor som rör barn som far eller riskerar att fara illa. Uppdraget har avrapporterats (dnr S2004/7434/ST). För att följa upp detta arbete har Socialstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling i sina regleringsbrev för år 2006 fått ett återrapporteringskrav att med anledning av det förslag till Strategi för samverkan som presenterades i oktober 2004 om att redovisa vilka åtgärder som myndigheten har vidtagit för att förbättra samarbetet på lokal och central nivå mellan polis, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skola i fall då barn far illa eller riskerar att fara illa.

Det finns ett behov av att förstärka stödet och rättigheterna för barn som bevittnar brott av och mot närstående personer. För att lyfta fram behovet av det stöd som denna grupp barn kan ha föreslås i departementspromemorian Barnen i brottets skugga (Ds 2004:56) att det skall slås fast i socialtjänstlagen att barn som bevittnar våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna är offer för brott. Regeringen lämnade den 16 mars 2006 propositionen Barn som bevittnat våld (prop. 2005/06:166) till riksdagen.

Regeringen har också gett Kriminalvården i uppdrag att göra en analys av situationen för barn i samband med deras kontakter med en förälder som är intagen på häkte eller anstalt. Uppdraget slutredovisades i mars 2006. I analysen redovisas bl.a. vilka åtgärder som har vidtagits sedan år 2000. Besökslägenheter är bl.a. inrättade på 28 anstalter och några av de största anstalterna har mer än en lägenhet. Besöksutrymmena har förbättrats, så att de blivit mer barnvänliga. Föräldrautbildning ingår som ett generellt uppdrag till alla anstalter. Där så är möjligt har Kriminalvården infört s.k. självförvaltning i anstalterna. Verkställighetsplaneringen har förbättrats. I Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd för verkställighet i anstalt KVFS 2006:20 tas ett barnperspektiv upp i ett flertal paragrafer. I september 2005 beslutade generaldirektören att införa barnansvariga, s.k. barnombud, i hela kriminalvården. Alla verksamhetsställen har utsett ett eller två barnombud. I analysen redovisas även förslag på nya insatser, som Kriminalvården avser att bereda vidare, t.ex. en informationskrift med förslag på hur socialtjänst, polis och kriminalvård kan samarbeta runt ett barn vars förälder är intagen i häkte eller anstalt, utom-

husvistelse för barn som vistas med förälder i slutan stalt, familjesamtal inför frigivningen och s.k. halvvägshus för föräldrar med barn där även barn över ett års ålder kan vistas.

I den ungdomspolitiska propositionen Makt att bestämma – rätt till välfärd (prop. 2004/05:2) angav regeringen att det behövs särskilt stöd och förebyggande insatser för ungdomar som riskerar att hamna i kriminalitet, missbruk eller socialt utanförskap. I enlighet med propositionen har regeringen avsatt medel för att förstärka och möjliggöra kvalitetsutveckling av kommunernas öppna fritidsverksamheter och för att utveckla dokumenterat framgångsrika verksamheter som bedrivs av ideella aktörer. Bidrag ges till verksamheter som bedrivs för ungdomar i ett socialt utsatt område eller i ett område där ungdomar riskerar att hamna i socialt utanförskap, och verksamheter som innebär lokal samverkan mellan olika aktörer prioriteras särskilt. Satsningen skall pågå under år 2006 och 2007 och bidragen fördelas av Ungdomsstyrelsen, som även ansvarar för dokumentation och utvärdering av projektet.

Inom ramen för den nya nationella alkoholhandlingsplanen som antogs av riksdagen i februari år 2006 har regeringen avsatt 100 miljoner kronor för perioden 2006–2007 till insatser för barn som lever i familjer med missbruksproblem eller i andra utsatta miljöer.

Miljön i förskolan

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Förskolans uppgift är att tillhandhålla omsorg, stimulera barns utveckling och lärande samt att bidra till trygga och goda uppväxtvillkor. En säker och trygg miljö är en viktig förutsättning för att främja lärande och en god hälsa för alla barn i förskolan. Främst följande faktorer i förskolemiljön har visat sig vara viktiga för barnens psykiska hälsa: personalens utbildning, personaltäthet, barngruppernas storlek och sammansättning, lokalernas ändamålsenlighet samt att verksamheten bedrivs utifrån läroplanens mål.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn för hälsa

Förskolan fick sin första läroplan år 1998. Läroplanen syftar till att skapa förutsättningar för en över hela landet likvärdig förskola med hög kvalitet. Förutom att verksamheten bedrivs i enlighet med läroplanen är även de ovan nämnda faktorerna i förskolemiljön av vikt.

Exempelvis visar indikatorn anställdas utbildning, under åren 1997–2005 enligt statistik från Skolverket och Statistiska centralbyrån, att andelen årsarbetskrafter i förskolan med pedagogisk högstskoleutbildning sjunkit från 55 till 53 procent. Skillnaderna mellan kommuner är stora. Personaltäthet är ett annat relevant mått för att beskriva miljön i förskolan. Personaltätheten i förskola har minskat kraftigt sedan början av 1990-talet, men avstannat i slutet av 1990-talet. Hösten 2005 uppgick antalet barn per årsarbetare till 5,2, en minskning sedan föregående år.

Nedan beskrivs de insatser som genomförts som påverkar bestämningsfaktorn.

– Förskolans kvalitet

Kvalitet i förskolan har flera aspekter. Förutom de ovan nämnda faktorerna är även inflytande och ett systematiskt kvalitetsarbete av betydelse. Kvaliteten i verksamheten är den av regeringen mest prioriterade frågan för förskolan. Regeringens förslag och bedömningar för att öka förskolans kvalitet och stödja utvecklingen redovisas i propositionen Kvalitet i förskolan (prop. 2004/05:11).

Skolverket utarbetade år 2005 Allmänna råd för kvalitet i förskola vars syfte är att stödja kvalitetsarbetet i förskolan och förtydliga verksamheten utifrån nationella krav och mål. Från och med hösten 2005 omfattas kommunernas förskoleverksamhet även av krav på kvalitetsredovisningar med syftet att främja ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete och vara ett stöd i ett ständigt pågående förbättringsarbete.

Med anledning av att det inom en snar framtid kan bli en betydande brist på utbildade lärare med inriktning mot de tidiga åldrarna fick lärosäten med lärarutbildning tydliga examinationsmål att uppfylla för perioden 2005–2008. Regeringen avser att fortsätta följa utvecklingen för att säkerställa att behovet av utbildad personal till förskolan tillgodoses. Tre lärosäten gavs i uppdrag att under våren 2006 presentera modeller för förkortad utbildningstid inom bl.a. lärarutbildningarna.

Regeringen har givit Myndigheten för skolutveckling i uppdrag att initiera informations- och utvecklingsinsatser om och för förskolan som arbetsplats. Uppdraget redovisades hösten 2005. Arbetet tydliggjorde sambandet mellan pedagogiskt utvecklingsarbete, en bra verksamhet och möjligheterna att rekrytera och behålla kompetent personal. Uppdraget har gett ökad kunskap om förskolans arbetssätt och uppdrag, ökade insatser för rekrytering, kompetensutveckling och pedagogiskt utvecklingsarbete samt ökad medvetenhet om professionens betydelsefulla uppdrag.

Mellan åren 2005–2007 satsas statliga medel för att kommunerna skall kunna anställa 6 000 fler förskollärare, barnskötare och annan personal på landets förskolor. Genom en ökad personaltäthet ges förutsättningar för minskade barngrupper, barnen kan få mer stöd i sin utveckling, arbetsmiljön kan förbättras och kvaliteten kan öka.

– Språkförskolor i utsatta områden

I Sveriges storstäder finns några av de stadsdelar där de boende har väsentligt sämre förutsättningar för utveckling än i resten av landet. Därför bedriver regeringen sedan år 1998 en storstadspolitik tillsammans med ett antal kommuner. Målet för regeringens storstadspolitik är bl.a. att bryta segregationen och verka för goda levnadsvillkor i dessa områden. Språkutveckling och skolresultat har varit det mest omfattande målområdet i storstadsarbetet, varvid en stor del av insatserna varit inriktade på att tidigt i livet lägga grunden för en god språkutveckling genom s.k. språkförskolor från tre års ålder. Detta har i sin tur lett till omfattande satsningar på kompetensutveckling av personalen. I många stadsdelar finns nu en samlad strategi för hur barns språkutveckling skall stödjas i förskola och skola.

– Jämställdhet i förskolan

Jämställdhet är en del av värdegrunden i förskolan. För att stärka förskolornas förutsättningar att arbeta med jämställdhetsfrågor har regeringen tillsatt en delegation för jämställdhet i förskolan som har 12,5 miljoner kronor till sitt förfogande. Under åren 2002–2004 har alla kommuner erbjudits utbildning till pedagogiska resurspersoner i jämställdhet och genuskunskap i förskolan och skolan. Jämställdhet skall vara ett av de områden som följs upp i förskolornas kvalitetsredovisningar.

Miljön i skolan

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Barns och ungdomars hälsa påverkas av upplevelsen av sammanhang, delaktighet och inflytande. Eleven skall mötas med respekt för sin person i sin egen miljö. Detta är inte minst viktigt i skolan, som skall vara en social gemenskap som ger trygghet och lust att lära. Undervisningen skall bedrivas under demokratiska arbetsformer och utveckla elevernas förmåga att utöva inflytande och ta ansvar. Undervisningen skall också anpassas till varje elevs förutsättningar och behov. I en god skolmiljö ingår frihet från mobbning och kränkande behandling. Skolan har i uppdrag att överföra grundläggande värden och att främja elevernas lärande.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn för hälsa

Utvecklingen av bestämningsfaktorn Miljön i skolan följs via de två indikatorerna barns och ungas inflytande respektive hur elever bemöts av lärare, andra vuxna och andra elever. Detta mäts genom data från Skolverkets undersökning Attityder till skolan och Statistiska centralbyråns, (SCB:s), undersökning om barns levnadsförhållanden.

Utbildningsinspektionen visar att miljön i skolan upplevs som lugn och trygg. I de flesta skolor råder en positiv anda där elever och lärare visar omsorg och respekt för varandra. Enligt Attityder till skolan 2003 tycker fler elever att det i dag är lättare att vända sig till sina lärare i en problemsituation än för tio år sedan. Enligt samma undersökning ansåg 57 procent av eleverna år 2003 att de kunde vara med och bestämma om arbetssätt på lektionerna. Andelen verkar inte ha förändrats nämnvärt sedan år 1997 och inflytandet tycks fördela sig jämligt mellan olika grupper av barn. Den enda påtagliga skillnaden var att en större andel gymnasieelever (64 procent) än grundskoleelever (51 procent) ansåg att de hade inflytande över arbetssättet. Eleverna tycker samtidigt att lärarna brydde sig mer om deras synpunkter (år 1993: 55 procent, år 2003: 70 procent).

Enligt Attityder till skolan känner sig cirka var sjunde elev i årskurs 7–9 samt gymnasiets årskurs 1–3 ofta orättvist behandlad av vuxna i skolan, en andel som tycks ha varit relativt konstant under perioden 1997–2003. Statistiken i undersökningen pekar på flera skillnader mellan grupper. Flickor känner sig ofta mer orättvist behandlade av vuxna i skolan (17 procent) än pojkar (12 procent) och barn med utomnordiskt ursprung känner sig mer utsatta (20 procent) än övriga (14 procent). För andelen som känner sig mobbade eller trakasserade av lärare kvarstår skillnader mellan barn med utomnordiskt ursprung (sju procent) och övriga (fyra procent).

År 2003 kände sig i genomsnitt tre procent av eleverna i år 7–9 samt gymnasiets år 1–3 mobbade av andra elever i skolan. Också denna andel har legat relativt konstant sedan år 1993. SCB:s undersökning om barns levnadsförhållanden från år 2003 visar att två procent av eleverna blir slagna av andra elever minst en gång i veckan.

Enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 finns det skillnader mellan olika socioekonomiska grupper när det gäller relationen mellan elever samt mellan elever och vuxna. Elever vars mödrar enbart har grundskoleutbildning är mer utsatta för mobbning än de vars mödrar har eftergymnasial utbildning. Relationen mellan elever och vuxna visar ett liknande mönster. På ett liknande sätt är fler flickor än pojkar utsatta både i relationen mellan vuxna och elever respektive mellan elever.

– Barns inflytande i skolan

Barns, elevers och föräldrars inflytande har tidigare lyfts fram i skrivelsen Vardagsinflytande (Ds 2003:46) samt i propositionerna Makt att bestämma – rätt till välfärd (prop. 2004/05:2) och Kvalitet i förskolan (prop. 2004/05:11). Förslag om elevers inflytande fanns även i den lagrådsremiss om förslag till ny skollag som remitterats under år 2005. Regeringen avser att återkomma efter valet med hösten 2006 med en proposition med förslag till ny skollag till riksdagen.

För att ytterligare stärka arbetet med elevers inflytande har Myndigheten för skolutveckling och Skolverket fått flera uppdrag. Myndigheterna skall genomföra insatser för att stödja och inspirera arbetet med att öka både det vardagliga och det formaliserade inflytandet för barn, elever, studerande och föräldrar i förskola, skola och vuxenutbildning.

Skolverket har fått ett uppdrag att utarbeta information som skall ge övergripande kunskap om förskola, skola och vuxenutbildning. Informationen skall riktas till vårdnadshavare om förskolan, till elever och vårdnadshavare om skolan samt till studerande i vuxenutbildningen. Informationen skall översättas till de stora invandrarspråken.

Skolverket skall även analysera kursplanen för de samhällsorienterande ämnena i grundskolan och föreslå förändringar för att öka betydelsen av kunskap om samtliga samhällsnivåer i samhällskunskapsämnet. Demokratiundervisningen skall omfatta kunskap om hur man som elev och medborgare själv aktivt kan medverka i olika slags beslutsfattande som skolan och det lokala samhället erbjuder (se även kapitel 4.1.).

– Lag om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever

Lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever trädde i kraft den 1 april 2006 (prop. 2005/06:38, Trygghet, respekt och ansvar – om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever). Lagen har till ändamål att främja barns och elevers lika rättigheter i de verksamheter som omfattas av skollagen samt motverka diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder. Dessutom avser lagen förhindra och förebygga annan kränkande behandling som inte direkt kan hänföras till dessa diskrimineringsgrunder. Det slås fast att Statens skolverk, Jämställdhetsombuds-

mannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning och Handikappombudsmannen inom sina respektive ansvarsområden skall se till att lagen följs. Skr. 2005/06:205

– Projektet FLICKA

Syftet med regeringens projekt FLICKA har varit att tillsammans med flickor och pojkar diskutera den kommersialisering och sexualisering som barn konfronteras med i sin vardag. Satsningen har hjälpt till att lyfta viktiga frågor om hur dessa fenomen påverkar barns bild av sig själva och varandra. Regeringen har avsatt totalt 7,2 miljoner kronor för detta projekt.

Under åren 2004–2005 arrangerades 25 s.k. FLICKA-dagar i lika många städer. Dagarna planerades i nära samarbete med barn och unga. Cirka 50 000 flickor och pojkar lämnade sina skolor för att diskutera frågor som självkänsla, jämställdhet och identitet. Projektet producerade dessutom skolmaterial om mediekritik som användes i undervisningen i samband med FLICKA-dagarna. I maj 2005 anordnade projektet åtta seminarier i Stockholm för att stödja utvecklingsarbetet kring jämställdhet i skolan. Till seminariet kom skolpersonal och ungdomsledare för att få konkreta tips och råd om hur de tillsammans med eleverna kan arbeta med genusfrågor och jämställdhet i skolan.

Projektet FLICKA avslutades den 30 juni 2005. Ungdomsstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra en utvärdering av effekterna av projektet på kort och lång sikt. Uppdraget skall slutredovisas senast den 15 juni 2007.

– Stödmaterial om värdegrund och kränkande behandling

Myndigheten för skolutveckling och Skolverket har båda genomfört insatser kring mobbning och kränkande behandling. Myndigheternas insatser har bestått av en översikt om forskning på området, utarbetande av allmänna råd och stödmaterial till skolorna. Skolverkets inspektioner visar att det finns en vilja hos skolorna att involvera eleverna i verksamheten, men också att det finns betydande brister i elevernas faktiska inflytande över och delaktighet i planering och organisation.

– Studie av läroböcker utifrån diskrimineringsgrunderna

Regeringen har gett Skolverket i uppdrag att se över ett urval av läroböcker i grund- och gymnasieskolans undervisning. Läroböckerna skall analyseras med avseende på i vilken omfattning och på vilket sätt de avviker från läroplanens värdegrund. Eventuella uttryck för diskriminering eller andra former av kränkningar pga. kön, etnisk tillhörighet, religion eller trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder skall särskilt uppmärksammas.

– Bemötande av barn med funktionshinder

Det är inte ovanligt att personer med funktionshinder känner sig ifrågasatta när de vänder sig till offentliga organ för att få hjälp och stöd. Statens institut för särskilt utbildningsstöd, numera Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd, (Sisus) hade därför under åren 2000–2005 i uppdrag att verka för ökad kompetens i bemötandet av personer med funktionshinder, bl.a. barn i skolåren. Myndigheten för handikappolitisk

samordning (Handisam) har från den 1 januari 2006 övertagit Sibus verksamhet avseende kompetensutveckling och skall även på uppdrag av regeringen ta fram och sprida ett diskussionsmaterial kring hur barn i de lägre årskurserna bemöter barn och ungdomar med funktionshinder. Uppdraget skall redovisas under år 2006. Skr. 2005/06:205

Barns och ungas kompetenser

- Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Utbildning är en av faktorerna som har en stor betydelse för en god hälsoutveckling. Kunskapsmålen betonas i skolans styrdokument, och skolan skall också utveckla elevernas möjligheter till ett rikt liv och en god hälsa. Det hälsofrämjande arbetet och skolans uppdrag att främja lärande går hand i hand. Undervisningen skall med utgångspunkt i elevernas bakgrund och erfarenheter främja elevernas fortsatta lärande.

De intellektuella, sociala och emotionella kompetenser som barn och unga utvecklar bestämmer deras hälsa, både under uppväxten och senare i livet. Kompetenserna påverkar elevernas möjligheter att trivas i skolan, vilket i sin tur inverkar på de levnadsvanor som de unga utvecklar under uppväxten och som har betydelse för hälsa senare i livet. Goda kompetenser ökar också de ungas möjligheter inom arbetslivet, vilket har betydelse för deras hälsa under levnadsloppet.

- Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av barns och ungas kompetenser i skolan följs genom indikatorn fullständiga betyg i grundskolan. Denna indikator följs genom data från Skolverket och Statistiska centralbyrån.

Av alla elever i grundskolan hade 81 procent under läsåret 2003/04 betyget Godkänd i alla ämnen. En större andel flickor än pojkar når målen och fler elever med svensk än med utländsk bakgrund. Bland elever med utomnordiskt ursprung har en lägre andel minst betyget Godkänd i samtliga ämnen jämfört med elever med nordiskt ursprung.

Vidare finns det enligt Folkhälsopolitisk rapport skillnader mellan elever vars mödrar har olika utbildningsnivå. Elever vars mödrar har förgymnasial utbildning har en lägre andel barn med minst betyget Godkänd i samtliga ämnen, i jämförelse med elever vars mödrar har eftergymnasial utbildning. Andelen elever i årskurs 9 med minst betyget Godkänd i samtliga ämnen visar på en nedgång med några tiondels procent efter sekelskiftet. Sedan dess har resultaten varit relativt oförändrade. Läsåret 2004/05 hade 83 procent av flickorna och 78 procent av pojkarna i denna åldersgrupp minst betyget Godkänd i samtliga ämnen. Elever vars mamma hade eftergymnasial utbildning klarade sig bättre (88 procent) än elever vars mamma hade endast förgymnasial utbildning (58 procent). Bland elever med utomnordiskt ursprung hade en lägre andel (56 procent) minst betyget Godkänd i samtliga ämnen jämfört med elever med nordiskt ursprung (78 procent).

Efter läsåret 2004/05 var 89 procent av eleverna behöriga att börja på gymnasieskolans nationella program. Detta är den lägsta andelen behöriga sedan det mål- och resultatrelaterade betygssystemet infördes inför läsåret 1997/98. Inom gymnasieskolan slutför sammanlagt knappt 84 procent av

eleverna sina studier på nationella program. Drygt 29 procent av de elever som inte blev behöriga läsåret 2003/04 hade utländsk bakgrund. Samtidigt var andelen elever med utländsk bakgrund knappt 14 procent. Skr. 2005/06:205

Nedan beskrivs de insatser som genomförts som påverkar bestämningsfaktorn.

– Satsning på fler lärare

För att ge alla barn och ungdomar likvärdiga möjligheter måste alla skolor vara bra skolor och eleverna få det stöd de behöver för att nå utbildningsmålen. Regeringens satsning på fler lärare och andra specialister har hittills varit mycket framgångsrik och kommunerna har ökat sin personal med nära 14 000 heltidstjänster, elevantalet har dessutom minskat. Av dessa är ca 10 000 direkt finansierade med det särskilda statsbidraget för personalförstärkningar. Uppföljningar visar att satsningarna varit störst i särskolan och grundskolan och mindre i gymnasieskolan. Satsningen går år 2006 in på sitt femte och sista år. Därefter kommer bidraget att överföras till det generella stödet till kommunerna.

– Insatser för ökade kunskaper i svenska och matematik

Kunskaper i svenska och matematik är avgörande för framgång även i andra ämnen. Utvärderingar de senaste åren visar på tendenser till att svenska elever uppvisar försämrade läsförmåga och försämrade kunskaper i matematik. Regeringen aviserade i budgetpropositionen för år 2006 att man avser att ge stöd till kompetensutveckling av lärare i matematik och läsinläring, utveckling av stödmaterial för undervisningen (metoder och innehåll) och informations- och intresseskapande insatser.

Regeringen har i december 2005 gett Myndigheten för skolutveckling i uppdrag att utforma ett utbud av utbildningar samt att stödja kommunerna så att de kan erbjuda kompetensutveckling för lärare som undervisar i de lägre åldrarna. Myndigheten för skolutveckling har dessutom fått i uppdrag bygga upp och bedriva ett nationellt centrum för språk-, läs- och skrivutveckling.

Regeringen tillsatte våren 2003 en Matematikdelegation med uppgift att utarbeta en handlingsplan med förslag till åtgärder för att förändra attityder till och intresset för matematikämnet samt utveckla matematikundervisningen inom hela utbildningssystemet. Delegationen redovisade sitt betänkande Att lyfta matematiken (SOU 2004:97) i september 2004. Statens insatser under år 2006 är främst inriktade på att ta fram digitala stödmaterial och kurspaket samt kompetensutveckling.

– Satsning på lärlingsutbildning

I vårpropositionen för 2006 satsar regeringen på lärlingsutbildning. En treårig satsning på utvecklingsstöd för etablering av lärlingsutbildning riktas till 20 kommuner där andelen gymnasieelever med slutbetyg från de yrkesinriktade programmen är särskilt låg.

– Elever utan fullständiga betyg från gymnasieskolan

För att stödja de elever som inte fått med sig tillräckliga kunskaper ifrån grundskolan, skall från och med den 1 juli 2006, alla elever på det individuella programmet ges utbildning på heltid som till sin omfattning är lik-

värdig med den utbildning som erbjuds på övriga gymnasieprogram. Skr. 2005/06:205
Kommunerna tillförs 450 miljoner kronor årligen från och med den 1 juli 2006 inom ramen för det generella statsbidraget för att finansiera kvalitets-
höjningen på gymnasieskolans individuella program.

– Elever med utländsk bakgrund och/eller i socialt segregerade områden

I maj 2003 beslutade regeringen att ge Myndigheten för skolutveckling som dess största och viktigaste uppdrag att arbeta för en förbättrad förskole- och skolsituation i segregerade områden. I budgetpropositionen för 2005 konstaterade regeringen att ytterligare resurser behövdes för att förstärka insatserna i skolor i segregerade områden och att det därför under perioden 2006–2007 skulle avsättas 70 respektive 155 miljoner kronor för detta ändamål. Myndigheten för skolutveckling presenterade i november 2005 en handlingsplan för hur dessa medel skulle fördelas och regeringen beslutade i februari 2006 att myndigheten skulle få använda medlen i enlighet med den redovisade handlingsplanen. Myndigheten föreslog att resurserna riktas till ett urval av kommuner och de ca 100 skolor som har störst behov av utvecklingsstöd.

I oktober 2004 redovisade Skolverket rapporten Elever med utländsk bakgrund. I den konstateras att elever med utländsk bakgrund är överrepresenterade bland dem som inte når behörighet till gymnasieskolans nationella program. Enligt rapporten är vistelsetiden i Sverige en viktig faktor för elever som invandrat efter den ordinarie skolstarten i Sverige.

Myndigheten för skolutveckling genomför skolutvecklingsdialoger med kommuner. I de dialogerna prioriteras utvecklingen av basfärdigheterna svenska, språk och matematik. En huvuduppgift i myndighetens breda skolutvecklingsuppdrag är att främja utvecklingen i socialt och etniskt segregerade områden. Myndigheten har vidare ett särskilt uppdrag att undersöka situationen för elever som kommer till Sverige sent under sin skoltid samt att föra ut kunskap till kommuner om hälsa, lärande och trygghet.

För att förbättra elevernas resultat i skolan satsar regeringen i vårpropositionen för 2006 på att det skall anställs 1 000 resurspersoner på skolor med hög andel elever med utländsk bakgrund och/eller skolor med låg måluppfyllelse genom ett riktat statsbidrag till vissa kommuner. Resurserna skall bl.a. satsas på att anställa pedagoger, men också annan personal. Skolor oavsett huvudman omfattas av satsningen. Skolor som vill satsa på tvåspråkig undervisning skall kunna utnyttja resurspersonerna till detta. Därutöver skall en särskild nationell strategi för utbildning av nyanlända barn och ungdomar tas fram.

– Elevhälsa

Elevhälsa används i dag allt oftare som ett brett samlingsbegrepp för den hälsofrämjande verksamhet som sker inom skolans ramar, vilket innefattar såväl medicinska som psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Syftet är att skapa mer sammanhållna insatser för det hälsofrämjande arbetet för barn och unga inom skolväsendet, bl.a. genom att skapa förutsättningar för arbetssätt baserade på ökad samverkan mellan den särskilda elevvården, skolhälsovården och det samordnade ansvaret för specialpedagogiska insatser.

I vårpropositionen för 2006 satsar regeringen på förebyggande arbete för bättre elevhälsa. Regeringen avser att initiera ett antal pilotprojekt för att få till stånd en utökad samverkan mellan skola, polis, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri. Myndigheten för Skolutveckling får också i uppdrag att kartlägga och sprida information om lyckade projekt. Skr. 2005/06:205

Insatser för psykisk hälsa

Enligt nationellt representativa undersökningar har psykosomatiska symptom som huvudvärk och psykiska symptom som nedstämdhet och nervositet blivit vanligare bland ungdomar i skolåldern under 1990-talet. Förändringarna är tydligare för 15-åringar än för yngre ungdomar och också tydligare för flickor än för pojkar.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare för att bl.a. analysera och lämna förklaringar till den ökning av psykiska problem som har noterats bland ungdomar (U 2005:03 Ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan, dir. 2005:61). Syftet är att få en samlad bild av vilka faktorer som kan antas ligga bakom ökningen av stress och stressrelaterade symptom. Utredningsuppdraget skall redovisas senast den 15 augusti 2006. I sammanhanget kan nämnas att Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag (dnr S2004/556/SK och S2004/9055/SK) att göra en kartläggning av och föreslå åtgärder när det gäller flickor som medvetet skadar sig själva. Socialstyrelsens förslag har överlämnats till ovannämnda utredning för att hanteras inom ramen för den.

Inom den psykiatriska vården är barn och unga med psykisk ohälsa särskilt prioriterade. Regeringen tecknade i april 2005 en förnyad överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att 500 miljoner kronor av de medel som tidigare hanterats inom den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården årligen skall satsas på förbättringar av psykiatrin. Barn och unga hör till de grupper som pekas ut som särskilt prioriterade i överenskommelsen.

I vårpropositionen för 2006 satsar regeringen på barn- och ungdomspsykiatrin. För att vända utvecklingen med ökad psykisk ohälsa föreslås en riktad satsning på att förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin. Satsningen uppgår till 250 miljoner kronor per år 2007 respektive 2008. Inom ramen för denna satsning skall även ett nationellt centrum för kunskaps- och metodutveckling för samt stöd till barn och ungdomar som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa inrättas.

Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för självmordsprevention (dnr S2005/5777/FH). Bakgrunden är att den tidigare minskningen av självmorden tycks ha stannat upp och att andelen unga i åldersgruppen 15–24 år som vårdats för självmordsförsök har ökat, särskilt bland flickor (se även avsnitt 3 och 4.5).

Under de senaste åren har Allmänna arvsfonden uppmärksammat och prioriterat projekt inriktade på flickors och pojkars psykiska hälsa. I juni 2004 beslutade regeringen dessutom att ur Allmänna arvsfonden avsätta 10 miljoner kronor till en särskild satsning för att motverka och förebygga ungdomars (i åldern 12–25 år) psykiska ohälsa. Avsikten är att totalt 30 miljoner kronor under en treårsperiod skall avsättas för detta ändamål.

Regeringens bedömning: Den samlade kunskapen om sambanden mellan hälsa, välbefinnande och ekonomisk utveckling och om vad som främjar hälsa har stor betydelse, både vetenskapligt och i praktiken. Arbetet med införandet av systematiskt arbetsmiljöarbetet (SAM) på landets arbetsplatser är viktigt och bör fortsätta. Insatser för att förbättra arbetsmiljön har varit och är fortfarande av stor strategisk betydelse för att öka hälsan och minska de sociala skillnaderna i hälsa.

Bristande återhämtning mellan arbetspassen kan leda till stressreaktioner, sömnstörningar och i förlängningen utmattningssyndrom. Den minskning av det psykiska välbefinnandet, bl.a. i form av ökad trötthet, som kan noteras i stora delar av befolkningen har sannolikt delvis med arbetslivet i sig att göra, men även hur arbetslivet låter sig förenas med livet i övrigt. Möjligheterna till återhämtning skiljer sig åt mellan olika yrken. Personal inom offentlig sektor och de som arbetar med människor är enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 särskilt utsatta, liksom vissa chefer.

Regeringen anser att den huvudsakliga anställningsformen skall vara tillsvidareanställning. Det finns ett behov av fortsatt kunskapsuppbyggnad när det gäller anställningstrygghetens hälsoeffekter samt om rörlighet och inläsningseffekter på arbetsmarknaden.

Bestämningsfaktorerna och indikatorerna inom målområdet *Ökad hälsa i arbetslivet* bör ses över. Identifieringen av indikatorerna bör utgå från de indikatorer som används och tas fram av myndigheterna inom området. Ett fortsatt utvecklingsarbete bör samordnas med det utvecklingsarbete avseende indikatorer som redan pågår inom politikområdet Arbetsliv.

Statens folkhälsoinstituts förslag

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har inte närmare kommenterat det vidare arbetet med bestämningsfaktorer och indikatorer.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Ökad hälsa i arbetslivet* har FHI i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat tre bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt tio indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till två olika politikområden.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Arbetsmiljöfaktorer	Självskattad arbetsorsakad ohälsa (h) Belastningsbesvärindex (h) Krav/kontroll/stödindex (h) Arbetsolycksfall/-sjukdomar Ackumulerad belastning Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM-index Rehabiliteringsåtgärder	Arbetslivspolitik Jämställdhetspolitik
Återhämtning mellan arbetspass	Återhämtning	Arbetslivspolitik Jämställdhetspolitik
Anställningstrygghet	Uppsägningshot Andel behovsanställda	Arbetslivspolitik Jämställdhetspolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser påpekar vikten av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) såsom t.ex. *Arbetsmiljöverket*, *Tjänstemännens Centralorganisation (TCO)* och *Sektionen för arbets- och miljömedicin inom Svenska läkaresällskapet*. *Landsorganisationen i Sverige (LO)* menar att tillgången på systematiskt arbetsmiljöarbete och företagshälsovård följer tydliga mönster baserade på klass och kön och betonar att arbetsgivarna har ett stort ansvar för att arbetet anpassas efter individens förmåga. Vidare framför ett flertal remissinstanser vikten av ett jämställdhetsperspektiv på arbetsmiljöarbetet. Exempelvis framhåller TCO att det för folkhälsans bästa borde finnas ett tydligare genusperspektiv i Arbetsmiljöverkets uppdrag. Flera remissinstanser pekar på vikten av en god företagshälsovård. Exempelvis framhåller *Sveriges Läkarförbund* vikten av att företagshälsovårdens ställning stärks och dess roll i samhället tydliggörs.

Skatteverket stödjer slutsatsen i Folkhälsopolitisk rapport 2005 att det behövs mer kunskap om hur arbetsplatser/arbetsformer kan utformas så att de tar hänsyn till balansen mellan arbetslivets krav och medarbetarnas hela livssituation. *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)* anser att mer flexibla och bättre anpassade arbetsvillkor, arbetstider och skatter kan förbättra möjligheterna och viljan för fortsatt förvärvsarbete. Enligt SPF visar studier att arbete högre upp i åldrarna bidrar till bättre hälsa. TCO ifrågasätter slutsatsen att det ytterst och enbart är den enskilda arbetstagarens val som styr utvecklingen när det gäller återhämtning mellan arbetspassen. TCO anser att arbetsgivarnas sätt att leda och fördela arbetet har en ytterst avgörande betydelse.

De remissinstanser som yttrat sig om bestämningsfaktorn anställningstrygghet uttalar ett starkt stöd för fortsatt kunskapsinsamlande om rörlighet och inlåsnings effekter på arbetsmarknaden. Dessa remissinstanser är *Skatteverket*, *Institutet för tillväxtpolitiska studier*, *Sveriges Akademikers Centralorganisation*, *LO*, och *Svensk företagshälsovård*.

Arbetsmiljöverket framhåller betydelsen av samordning för att undvika dubbelarbete och alltför många snarlika indikatorer. Verket menar att samma indikatorer bör användas för att beskriva ohälsan i arbetslivet, oavsett i vilket sammanhang återspeglingsrapporteringen skall göras. Arbetslivsinstitutet pekar på betydelsen av arbetet med att följa upp, utvärdera och ut-

veckla bestämningsfaktorer och indikatorer för att kunna följa och jämföra måluppfyllelse över tid. Arbetslivsinstitutet är i viss mån kritisk till Statens folkhälsoinstituts förslag till indikatorer och menar att de inte i tillräcklig grad avspeglar faktorer i arbetet som leder till ökad eller minskad hälsa.

Skälen för regeringens bedömning

Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan och bidrar till en allmänt förbättrad folkhälsa samt minskar de sociala skillnaderna i ohälsa. *Ökad hälsa i arbetslivet* skall därför utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Ohälsan i arbetslivet, mätt som sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspensionering), har ökat mycket kraftigt under de senaste decennierna. Det finns en rad samverkande orsaker till den ökande sjukfrånvaron. Enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) är en viktig orsak sannolikt en bristande anpassning mellan arbetsmarknadens krav och människors förutsättningar. Skärpta arbetskrav som inte balanseras av ökade möjligheter till kontroll och inflytande för den enskilde arbetstagaren innebär en ökad risk för utslagning.

Regeringen har satt upp som nationellt mål att minska ohälsan i arbetslivet vilket innebär att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning i förhållande till år 2002 skall halveras fram till år 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska och hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen.

Arbete är viktigt för människors identitet och självbild och har därigenom positiva hälsomässiga konsekvenser. Förutom det mänskliga lidandet som ohälsan bidrar till är de samhällsekonomiska kostnaderna för sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning stora, vilket tydligt visar på sambandet mellan folkhälsan och samhällsekonomin.

Arbetsmiljöfaktorer

– Samband mellan arbetsmiljöfaktorer och hälsa

Arbete är viktigt för människors identitet och självbild och har därigenom positiva hälsomässiga konsekvenser. Det finns dock negativa aspekter av arbetsmiljön som kan resultera i allt från huvudvärk och irritation till cancer och dödsolyckor. Arbetsmiljöfaktorer är ett samlingsbegrepp för i stort sett allt i arbetssituationen som påverkar oss som arbetande individer. Ibland kan arbetsförhållanden tillsammans med omständigheter utanför arbetet leda till ohälsoeffekter. Insatser för att förbättra arbetsmiljön har varit och är fortfarande av strategisk betydelse för att öka hälsan och minska de sociala skillnaderna i hälsa.

Den vanligaste orsaken till anmälda arbetssjukdomar, långvarig sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning är belastningsskador. Den näst vanligaste orsaken är psykisk ohälsa.

Det finns skillnader i arbetsorsakad ohälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Arbetare redovisar i högre utsträckning än tjänstemän

besvär som följd av påfrestande arbetsställningar, korta upprepade arbetsmoment och tung manuell hantering. För besvär orsakade av stress och andra psykiska påfrestningar på arbetsplatsen är förhållandet det omvända, tjänstemän redovisar mer besvär än arbetare. Även sömnbesvär drabbar tjänstemän i högre utsträckning än arbetare.

Självupplevda arbetsmiljöproblem skiljer sig delvis mellan utrikes och inrikes födda. Utrikes födda upplever i större utsträckning än svenskfödda fysisk belastning i sitt arbete. De redovisar även i större utsträckning än personer födda i Sverige att de har ett jäktigt och enformigt arbete samt att de främst ser arbetet som en källa till inkomst utan någon form av tillfredsställelse. En tänkbar förklaring till att fler utrikes födda upplever sig ha en sämre psykosocial arbetsmiljö enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 är att de i större utsträckning än andra är överkvalificerade för sina arbetsuppgifter.

– Utvecklingen av arbetsmiljöfaktorerna

Det finns såväl positiva som negativa trender när det gäller arbetsmiljöns hälsoeffekter. Dödsolycksfall i arbetet har reducerats väsentligt och kontinuerligt ända sedan 1950-talet. Jämfört med slutet av 1980-talet har även arbetsolyckorna över lag minskat kraftigt.

Den stora ökningen av långtidssjukskrivningarna sedan 1997 bröts 2003. Antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar har dock ökat. Arbetstagarna har under 1990-talet haft alltmer negativa uppfattningar om arbetets krav ställt emot sin egen kontroll och inflytande. Denna trend tycks ha brutits. Uppfattningarna om dessa förhållanden är mer positiva i mätningar 2001 och 2003.

Andelen kvinnor med värk i övre delen av rygg och nacke har ökat sedan början av 1990-talet, från 32 procent 1990 till 42 procent av alla kvinnor år 2003. Bland män är motsvarande värden 19 respektive 27 procent. Fysiskt tunga jobb utgör fortfarande ett utbrett arbetsmiljöproblem inom såväl kvinnodominerade branscher, t.ex. livsmedelsindustrin, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som inom vissa delar av den mansdominerade industrin.

Ungefär hälften av kvinnorna känner att de har föga inflytande i arbetet, samtidigt som de har höga psykiska krav och litet beslutsutrymme. Anställda i kvinnodominerad verksamhet drabbades mest av försämrad hälsa under 1990-talets lågkonjunktur, vilket anses vara en viktig bidragande orsak till de kraftigt ökande sjukskrivningsnivåerna inom kvinnodominerade arbetsplatser. Anmälda arbetssjukdomar orsakade av organisatoriska och sociala faktorer förekommer framförallt inom kvinnodominerade arbetsplatser och har ökat kraftigt under senare år.

Våld och hot om våld är ett ökande arbetsmiljöproblem. Enligt arbetsmiljöundersökningen har 18 procent av alla förvärvsarbetande kvinnor jämfört med tio procent av motsvarande grupp män varit utsatta för våld eller hot om våld under de senaste tolv månaderna. Arbetsmiljöundersökningen visar även att 16 procent av alla förvärvsarbetande kvinnor har utsatts för arbetsrelaterade sexuella trakasserier eller annan kränkning på grund av kön under det senaste året, framför allt från andra personer än från arbetsgivare och arbetskamrater, t.ex. exempel kunder. Detta kan jämföras med fem procent av alla män.

En kartläggning gjord av Arbetslivsinstitutet visar att det förekom trakasserier på arbetsplatsen i form av nedsättande och förlöjligande omdömen om homo- och bisexuella inom framför allt mansdominerade branscher (Statens folkhälsoinstituts rapport Homo- bisexuellas och transpersoners hälsosituation, [dnr S2005/10569/FH]).

Den demografiska utvecklingen pekar mot en betydande arbetskraftsbrist framöver. Det är därför viktigt att åstadkomma arbetsförhållanden som inte stöter ut individer med begynnande hälso- och anpassningsproblem till följd av ålderns inverkan. Medan arbetsmiljön efter hand blivit mindre riskfylld, tycks tempot i arbetslivet ha blivit högre och toleransen för nedsatt kapacitet ha minskat. Detta skulle kunna missgynna äldre och personer med funktionshinder.

Vartannat år genomför Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Arbetsmarknadsstyrelsen en tilläggsundersökning till SCB:s ordinarie arbetskraftsundersökningar (AKU). Det fjärde kvartalet år 2004 uppgav sju av tio personer med funktionshinder som innebär nedsatt arbetsförmåga att de behöver åtminstone någon form av anpassning av arbetsförhållandena. De vanligaste åtgärderna för att underlätta arbetet är en anpassning av arbetsuppgifter eller arbetstempo. Undersökningen visar att anpassad arbetstid är enklast att få tillgodosett. Anpassade hjälpmedel och anpassade arbetsuppgifter får fler än 70 procent av de som behöver det. Möjligheterna att få särskild lokalanpassning har ökat sedan år 2002, men fortfarande uppger ungefär en av tre att de inte får tillgång till det. En av fyra får inte tillgång till anpassade hjälpmedel.

– Åtgärder för att förbättra arbetsmiljöfaktorerna

En viktig åtgärd i strategin för ökad hälsa i arbetslivet var den informations- och utbildningssatsning som regeringen genomförde åren 2003–2004. Flera statliga myndigheter är delaktiga i de åtgärder som vidtas inom målområdet såsom t.ex. Arbetsmiljöverket och Arbetslivsinstitutet.

Arbetsmiljöverkets anslag har höjts med ca 100 miljoner kronor under åren 2001–2003 för att förstärka tillsynsverksamheten. I verksamhetsplanen för tillsynen prioriterar verket särskilt utsatta grupper eller branscher. För verksamhetsprogrammet för åren 2004–2006 är tre av sex prioriterade branscher kvinnodominerade. Dessa är hälso- och sjukvård, omsorg samt skola. Regeringen anser, i likhet med ett flertal remissinstanser, att ett det är av stor vikt med ett jämställdhetsperspektiv på arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöverket och JämO har genomfört ett pilotprojekt i Stockholms län för att öka arbetsmiljöinspektörernas kunskaper i genusfrågor.

I skrivelsen En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (skr. 2005/06:95) framhöll regeringen att man avser att ge i uppdrag till Arbetsmiljöverket och JämO att utvärdera och fortsätta det samarbete i kompetensfrågor som de båda myndigheterna har inlett.

När det gäller arbetsorganisation och negativ stress har Arbetsmiljöverket utvecklat metoder i ett särskilt utvecklingsprogram (ARNE) och ca 150 arbetsmiljöinspektörer har särskilt utbildats inom området. Regeringen anser, liksom ett flertal remissinstanser, att systematiskt arbetsmiljöarbetet (SAM) är viktigt. Arbetsmiljöverkets krav gäller i ökad utsträckning SAM. För närvarande handlar det om en tredjedel av alla

arbetsmiljökrav. Även de regionala skyddsombudens verksamhet är i stor utsträckning inriktad på SAM. Skr. 2005/06:205

Satsningar har även skett på regionala skyddsombud genom att det statliga bidraget förstärkts från år 2003 med ca 30 miljoner kronor till sammanlagt ca 100 miljoner kronor. De regionala skyddsombuden utgör en viktig strategisk resurs för bättre arbetsmiljö vid mindre företag.

Arbetslivsinstitutets forsknings- och utvecklingsverksamhet har bidragit med ny kunskap inom området. Forskning har bl.a. bedrivits kring sambanden mellan arbetsförhållanden och hälsa respektive ohälsa. Arbetslivsinstitutet har även i uppdrag att utveckla, bedriva och marknadsföra företagshälsovårdsutbildning.

Totalt 70 miljoner kronor har satsats på försöksverksamhet inom den offentliga sektorn. Syftet är att stimulera till insatser för att minska sjukfrånvaron. Samtliga försöksverksamheter är nu avslutade.

Verket för innovationssystem, VINNOVA, har regeringens uppdrag (dnr N2002/11731/ARM) att följa och utvärdera verksamheten och skall senast den 1 september 2006 lämna sin slutrapport. Regeringen har även gett VINNOVA i uppdrag (dnr N2003/6929/ARM och 2003/4773/ARM) att stödja och stimulera en utveckling av arbetsgivarsamverkan när det gäller förebyggande och rehabiliterande åtgärder (Arbetsgivarripar). Totalt har 14 miljoner kronor avsatts. VINNOVA lämnade i mars 2006 sin slutrapport till regeringen.

Genom bidraget Kultur i arbetslivet samverkar kulturpolitiska mål med folkhälsopolitiska. Projekt som får stöd leder förutom till ett ökat kulturellt deltagande även till en ökad diskussion och breddade sociala kontaktytor vilket har en positiv inverkan på gemenskapen på arbetsplatsen.

Regeringen anser, i likhet med ett flertal remissinstanser, att det är viktigt med en god företagshälsovård. Under mandatperioden har insatser genomförts för att stärka företagshälsovårdens kompetens och kvalitet. Under år 2001 avsattes 10 miljoner kronor för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården. Vidare beslutade riksdagen, i enlighet med regeringens förslag, om 15 miljoner kronor för år 2003 till Arbetslivsinstitutet för att förstärka företagshälsovårdsutbildningen. Medlen fördelades över perioden 2003–2005. För år 2004 avsattes härutöver tre miljoner kronor för metodutveckling och utbildningsinsatser. Utöver detta har företagshälsovårdsutbildningen stärkts inom Arbetslivsinstitutet med tio miljoner kronor årligen för åren 2006–2008. Företagshälsovårdsutredningen för 2003 lämnade i december 2003 sitt betänkande Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder (SOU 2004:113). Förslagen har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet (dnr N2004/9367ARM).

Därutöver har en utredare i uppgift att se över vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (dir. 2005:48). Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 1 oktober 2006.

Regeringen har uppmärksammat att även andra aktörer, såsom fackförbund, frivillig- och näringslivsorganisationer, genomför åtgärder som påverkar arbetsmiljöfaktorerna i positiv riktning.

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Med begreppet återhämtning mellan arbetspass avses aspekter som har att göra med individens möjligheter att hantera arbetets belastningar och glädjeämnen i förhållande till åtaganden, krav, belastningar och positiva inslag inom andra livssfärer såsom familj, föreningsliv, fritid etc. Bris-tande återhämtning kan leda till stressreaktioner, sömnstörningar och i förlängningen utmattningssyndrom.

Något fler kvinnor än män har problem med återhämtning mellan arbetspass: 13,3 procent av kvinnorna jämfört med 11,1 procent av männen får klart otillräckligt med sömn mellan arbetspassen.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Den minskning av det psykiska välbefinnandet, bl.a. i form av ökad trötthet, som kan noteras i stora delar av befolkningen har enligt Folkhälso-politisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) sannolikt delvis med arbets-livet i sig att göra, men även med hur arbetslivet låter sig förenas med livet i övrigt.

Möjligheterna till återhämtning skiljer sig åt mellan olika yrken. Personal inom offentlig sektor och de som arbetar med människor är särskilt utsatta, liksom vissa chefer. Kvinnor har generellt något större problem att varva ner efter arbetsdagens slut och de rapporterar också oftare otillräckligt med sömn. Hur åldern inverkar på behovet av återhämtning är inte särskilt väl utforskat, men mycket tyder på att behovet ökar i takt med stigande ålder.

– Åtgärder för att förbättra återhämtningen mellan arbetspass

På regeringens uppdrag har en utredare i betänkandet *Partiell ledighet* (SOU 2005:106) lämnat förslag på hur en lag om partiell tjänstledighet för arbetstagare som önskar gå ned i arbetstid skall kunna utformas. I utredarens uppdrag ingick att analysera konsekvenserna av en sådan lag samt överväga om en rätt till partiell tjänstledighet bör införas. Utredarens bedömning var att en sådan lag inte bör införas. Förslagen har remiss-behandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Arbetslivsinstitutet har under år 2005 startat projektet *Kombinerat för-äldraskap och förvärvsarbete – en bidragande orsak till ohälsa och sjuk-frånvaro bland 60- och 70-talister?* Projektet sätter fokus på unga föräld-rars möjlighet och sätt att kombinera barn och arbetsliv, och under vilka betingelser detta kan medföra hälsoproblem och sjukfrånvaro. Projektet beräknas pågå till 2007.

Anställningstrygghet

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Lösare anställningsformer med svag anställningstrygghet kan leda till otrygghet och negativa hälsoeffekter. En alltför stark anknytning till en arbetsplats kan leda till inlåsningseffekter och en stelare arbetsmarknad med för liten rörlighet, vilket i sin tur kan medföra risk för negativa hälso-

effekter både för ”inlåsta” arbetstagare och för dem som inte kommer in i Skr. 2005/06:205 arbetslivet.

Att ha ett arbete eller på annat sätt känna sig behövd är en viktig bestämningfaktor även för äldres hälsa. Att lämna arbetslivet på grund av pension kan innebära en stor omställning med konsekvenser för hälsan. Långtidssjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning framstår alltmer som ett stort samhällsproblem.

– Utvecklingen av bestämningfaktorn

Andelen med osäkra anställningsförhållanden har ökat sedan 1990-talet och är dubbelt så vanliga bland kvinnor som bland män. Tidsbegränsade anställningar har sedan början av 1990-talet ökat från 10 till 15 procent av arbetskraften. Det är enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 framför allt yngre arbetstagare som har de lösaste anställningsformerna och särskilt de unga kvinnorna. Enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 kan försämrade anställningstrygghet bidra till psykisk ohälsa.

Det finns allt fler äldre kvar i arbetslivet. I åldersgruppen 60–64 år har andelen sysselsatta ökat från 46,8 procent år 1999 till 58,4 procent år 2004. Det skulle kunna antas att riskerna för ”inlåsnings” är större för äldre. Äldre personer, såväl de med fast som de med tillfällig anställning, har dock i mycket högre utsträckning än yngre en anställning i önskat yrke och på önskad arbetsplats.

– Åtgärder med påverkan på bestämningfaktorn

Arbetslivsinstitutet bedriver forskning för att öka kunskapen om av olika anställningsformers betydelse för hälsa. Frågor som berör hälsoaspekter på inlåsnings och rörlighet belyses också på olika sätt både i Arbetslivsinstitutets egen forskning och i kunskapsammansättningar av olika slag, t.ex. rapporterna Låsnings och lösningar i svenskt arbetsliv – Trendrapport 2005 och Vågar till en öppnare arbetsmarknad – Årsbok 2006.

I betänkandet Stärkt rätt till heltidsanställning (SOU 2005:105) har en utredare på regeringens uppdrag utrett frågan om hur rätten till heltidsanställning skall stärkas. Utredaren föreslår en reglering som begränsar arbetsgivares möjlighet att anställa på deltid till fall då det är motiverat med hänsyn till verksamhetens behov eller när arbetstagaren för fram ett eget önskemål om deltid. Förslagen har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

För att skapa goda förutsättningar att förena arbetsliv med föräldraskap är det viktigt att kvinnor och män känner trygghet i sina anställningsförhållanden under föräldraledigheten.

Regeringen tog under 2002 emot utredningen Hållfast arbetsrätt – för ett föränderligt arbetsliv (Ds 2002:56). I utredningen behandlas bl.a. regleringen av tidsbegränsade anställningar och skyddet för föräldralediga.

Regeringen har, tillsammans med stöd från Vänsterpartiet och Miljöpartiet, den 22 mars 2006 avlämnat en proposition som syftar till att stärka anställningsskyddet för visstidsanställda och föräldralediga, samtidigt som anställningsskyddslagen (LAS) förenklas.

Följande ändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2006:

- I de fall som föräldralediga sägs upp, börjar uppsägningstiden först löpa när den föräldralediga är tillbaka på arbetet.
- Ett brett missgynnandeförbud av föräldralediga införs. Borttagen kvalifikationstid för att få rätt till ledighet. Bevisbördan blir omvänd – arbetsgivaren skall vid en domstolsförhandling kunna visa att den föräldraledige inte missgynnats.

Följande ändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2007 med möjlighet, liksom i dag, att träffa kollektivavtal med avvikelse från anställningskyddslagens regler om tidsbegränsad anställning:

- Ny fri visstidsanställning i 14 månader inom en femårsperiod hos samma arbetsgivare. Därefter övergår anställningen till tillsvidareanställning. Provanställning räknas in i anställningstiden, kvalifikationstiden för företrädesrätten sänks till sex månader inom en tvåårsperiod och gäller alla anställningar.
- Praktik-, ferie- och säsongsanställning, anställning vid arbetsanhopning, inför värnplikt och överenskommen visstidsanställning försvinner.

Den parlamentariska äldreutredningen SENIOR 2005 har i sitt slutbetänkande lagt fram flera förslag för att öka äldres vilja och möjligheter att förvärvsarbeta fram till pensioneringen och därefter. Bland förslagen finns nya deltidslösningar, nya system för studiefinansiering och bättre information om pensionssystemen.

Bestämningsfaktorer och indikatorer

Regeringen anser att det är angeläget att bestämningsfaktorer och tillförlitliga indikatorer som beskriver utvecklingen inom området utvecklas inom ramen för Statens folkhälsoinstituts uppdrag att ta fram en ny folkhälsopolitisk rapport (se avsnitt 6.3). Att utifrån ett fåtal indikatorer redovisa utvecklingen av betydelse för hälsan i arbetslivet är inte oproblematiskt och kräver noggranna överväganden avseende syfte, relevans och möjligheten att regelbundet inhämta statistiskt underlag. En indikator skall vidare vara lätt att tolka, dvs. utvisa om de förändringar indikatorn tydliggör är önskade eller oönskade. Den skall underlätta förståelsen av utvecklingen på folkhälsoområdet i första hand i Sverige, men det är fördelaktigt om en indikator även kan användas i internationella sammanhang. Regeringen anser i likhet med Arbetsmiljöverket att alltför många och snarlika indikatorer bör undvikas och att de folkhälsopolitiska indikatorerna därför företrädesvis bör väljas bland dem som används och tas fram av myndigheterna inom området.

Arbetslivsinstitutet har i uppdrag att i samråd med Arbetsmiljöverket, Arbetsmarknadsstyrelsen och Försäkringskassan utveckla och presentera relevanta indikatorer för att beskriva utvecklingen inom arbetslivsområdet. Indikatorerna skall utvecklas så att de även beskriver utvecklingen ur ett jämställdhetsperspektiv. Arbetslivsinstitutet skall redovisa uppdraget till Regeringskansliet (Näringsdepartementet) senast den 1 mars 2007.

Regeringens bedömning: Luftföroreningsituationen har förbättras, men höga halter av marknära ozon, kväveoxider och inandningsbara partiklar är fortfarande allvarliga hälsoproblem. De antas orsaka tusentals förtida dödsfall per år i Sverige. Arbetet med dessa frågor nationellt, inom Europeiska unionen (EU) och i internationella organ bör därför ha fortsatt hög prioritet.

Ett annat hot mot hälsan är långlivade organiska ämnen, ämnen som är cancerframkallande, allergiframkallande, mutagena och reproduktionsstörande samt vissa metaller. Bestämningsfaktorn för dessa bör därför vara "Farliga kemiska ämnen". De olika ämnenas egenskaper och användning och deras betydelse för folkhälsan bör även fortsättningsvis kartläggas. Arbetet med att förbättra informationen om farliga ämnen i varor samt att fasa ut farliga ämnen och att minska risker och motverka deras spridning i miljön bör fortsätta i enlighet med miljö kvalitetsmålet *Giftfri miljö*. För att uppnå miljö kvalitetsmålet behöver Sveriges agerande för att utveckla regelverket inom EU och internationellt prioriteras. EU:s nya kemikalielagstiftning (REACH) kommer att få stor betydelse för en säkrare kemikaliehantering i framtiden.

I arbetet med att förebygga olika typer av skador har trafiksäkerhetsinsatser fortfarande en hög prioritet. Därutöver är bl.a. äldres och barns säkerhet när det gäller olycksfallsförebyggande arbete prioriterat. Frågan om barnsäkerhet i utrymmen i byggnader där barn kan vistas behöver belysas ytterligare. Boverket bör därför få i uppdrag att granska hur byggreglerna efterlevs vid nybyggnad och ändring av befintlig bebyggelse avseende utrymmen i byggnader där barn kan vistas, samt vid behov föreslå författningsändringar.

Statens folkhälsoinstituts förslag

För bestämningsfaktorerna luftföroreningar, UV-strålning, radon, buller och miljöer och produkter som kan relateras till skador överensstämmer det beträffande sambandet bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna i huvudsak med regeringens bedömning.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Sunda och säkra miljöer och produkter* har FHI i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat sju bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt elva indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till åtta olika politikområden. I enlighet med vad som redovisas nedan har regeringen valt att ersätta FHI:s bestämningsfaktor Långlivade organiska ämnen med Farliga kemiska ämnen. Jämfört med Statens folkhälsoinstituts (FHI:s) sammanställning har regeringen funnit att även politik området Barnpolitik är väsentligt för bestämningsfaktorerna Luftföroreningar, Farliga kemiska ämnen, UV-strålning, Buller och Miljöer som kan relateras till skador.

Bestämnings-faktorer	Indikatorer	Politikområden
Luftföroreningar	Halter av kvävedioxid (h) Halter av marknära ozon Halter av partiklar	Miljöpolitik Energipolitik Bostadspolitik Transportpolitik Konsumentpolitik Folkhälsopolitik Barnpolitik
Farliga kemiska ämnen	Långlivade organiska ämnen i bröstmjölk (h) Långlivade organiska ämnen i mänsklig föda	Miljöpolitik Folkhälsopolitik Konsumentpolitik Barnpolitik
UV-strålning	Antal hudcancerfall	Miljöpolitik Barnpolitik
Radon	Radonhalt i skolor, förskolor och bostäder	Bostadspolitik Miljöpolitik Folkhälsopolitik
Buller	Trafikbuller (h) Höga bullernivåer	Bostadspolitik Miljöpolitik Transportpolitik Konsumentpolitik Folkhälsopolitik Barnpolitik
Miljöer som kan relateras till skador	Antal rapporterade skadade (döda och vårdade) i olika miljöer	Skydd och beredskap mot olyckor och svåra påfrestningar Transportpolitik Bostadspolitik Arbetslivspolitik Barnpolitik
Produkter som kan relateras till skador	Antalet skadade relaterat till olika produkter/produktgrupper	Konsumentpolitik Barnpolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: *Naturvårdsverket* stödjer åtgärdsförslagen mot luftföroreningar i rapporten, men efterlyser starkare styrmedel när det gäller slitagepartiklar från fordon och från småskalig vedeldning. *Vägverket* påpekar att halterna av slitagepartiklar i urban miljö inte har ökat utan att det finns tecken på en svag minskning.

Kemikalieinspektionen anser att *Folkhälsorapporten* ger en alltför begränsad bild av kemikaliers betydelse för folkhälsan, och att perspektivet borde vidgas till att omfatta mer än långlivade organiska ämnen med hänsyn till dagens kunskap om den inverkan som exempelvis giftiga metaller, cancerframkallande, mutagena och reproduktionsstörande ämnen och allergener kan ha på människors hälsa. *Socialstyrelsen*, *Naturvårdsverket* och *Länsstyrelsen i Västernorrlands län* anser att tungmetaller är problem av samma storlek som långlivade organiska ämnen. *Konsumentverket* menar att mängderna av långlivade organiska ämnen i miljön endast kan förändras långsamt genom olika åtgärder. Därför är halten i miljön inte en bra indikator. Istället föreslår verket en indikator som speglar uppkomst och spridning av dessa ämnen. *Länsstyrelsen i Västernorrlands län* framför att det vore önskvärt med indikatorer som följer miljögifter i naturprodukter som älgkött, fisk och bär.

Förslaget om UV-strålning har inte kommenterats. Ett par remissinsatser, däribland Socialstyrelsen och *Institutionen för folkhälso- och klinisk medicin vid Umeå Universitet*, saknar underlag om inommiljön förutom radon.

Socialstyrelsen betonar vikten av att buller beaktas i folkhälsoarbetet då det har en dokumenterad påverkan på barns hälsa och livskvalitet. Naturvårdsverket anser att förslaget om tysta områden i tätorter borde förtydligas till tysta områden för rekreation i och omkring tätorter.

Beträffande miljöer och produkter som kan relateras till skada ifrågasätter Konsumentverket förslaget om att EHLASS-registrering skall kunna bli en indikator för hörselskadande buller. Det blir svårt att engagera hörselskadeenheterna i tillräcklig omfattning för att säkerställa en god kvalitet i det insamlade materialet. *Vägtrafikinspektionen* instämmer i FHI:s bedömning att det skadeförebyggande arbetet inom arbets- och trafikmiljöerna har varit framgångsrikt men inte tillräckligt eftersom målet om högst 270 omkomna inom vägtrafiken inte nås år 2007. Inspektionen vill peka på att STRADA kan utgöra en del i ett nationellt informationssystem för skador. *Statens räddningsverk* framhåller att sannolikheten för att människor skadas beror på ålder, kön och socioekonomisk grupp. För ett samhälle som vill uppnå en god och jämlik hälsa och säkerhet är det därför en viktig uppgift att skadesäkra miljöer utformas. Verket anser att det bör klarläggas om skadeprevention skall ses som en del av folkhälsopolitiken eller om det bör vara ett eget politikområde. *Landstinget i Jönköpings län* avvisar förslaget att inrätta en äldresäkerhetsdelegation.

Skälen för regeringens bedömning

Sunda och säkra miljöer och produkter är av grundläggande betydelse för folkhälsan och skall utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Miljöfaktorer antas orsaka mer än 8 000 förtida dödsfall årligen och ett stort antal sjukhusinläggningar. Luftföroreningar orsakar de flesta dödsfallen. Två andra miljöfaktorer som orsakar många dödsfall är radon och UV-strålning. Flera grupper av kemiska ämnen har problematiska egenskaper från hälsosynpunkt och därmed betydelse för folkhälsan. Det gäller bl.a. ämnen som är förknippade med cancer, allergier och överkänslighet samt fortplantnings- och utvecklingsstörningar.

Varje år dör ca 4 500 personer av skador, varav de flesta sker i hem- och fritidsmiljöer. Därtill finns det ett antal andra faktorer i omgivningen som leder till betydande olägenheter och besvär. Buller orsakar exempelvis sömnstörningar, koncentrationssvårigheter, trötthet och stressreaktioner men även direkta skador i form av hörselnedsättning och tinnitus.

Luftföroreningar

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Luftföroreningar orsakar hjärt- och kärlsjukdomar, och lungsjukdomar samt luftvägsbesvär. Störst negativ effekt har partiklar, som orsakar drygt 5 000 förtida dödsfall årligen och marknära ozon som orsakar ca 2 000 förtida dödsfall per år. Därtill kommer ökad dödlighet i cancersjukdomar,

som i Sverige totalt uppskattas till flera hundra till följd av luftföroreningar. Institutet för Vatten- och Luftvårdsforskning (IVL) har nyligen med hjälp av en empirisk modell beräknat effekterna av kvävedioxid som kompletterar det underlag Statens folkhälsoinstitut (FHI) använt. Utifrån dessa modellberäkningar uppskattar IVL att överexponeringen av kvävedioxid, vid haltnivåer över tio mikrogram/m³, kan leda till nästan 3 000 extra dödsfall per år i Sverige. IVL:s beräkningar stödjer tidigare studier som beräknat dödlighet av partikelexponering. Antalet förtida dödsfall från de olika studierna kan dock inte adderas eftersom de bygger på olika beräkningsmetoder. Luftföroreningar beräknas dessutom leda till ett stort antal dagar då sjukhusvård krävs. De som redan har en dålig hälsa i form av luftvägs-, hjärt- och kärlsjukdom drabbas värre än andra. Barn som växer upp i förorenade omgivningar löper risk att få nedsatt lungfunktion som vuxna.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

I propositionen Svenska miljömål – ett gemensamt uppdrag redovisade regeringen under avsnitten om miljö kvalitetsmålen *Frisk luft* och *Bara naturlig försurning* utvecklingen när det gäller luftföroreningsituationen (prop. 2004/05:150, bet. 2005/06: MJU3, rskr. 2005/06:48). Bland annat antog riksdagen två nya delmål för partiklar och benso(a)pyren. Syftet är att minska hälsoeffekterna av luftföroreningar. För partiklar har man inte observerat någon tröskelnivå. Alla åtgärder som minskar halten av partiklar i omgivningsluften påverkar därför hälsan.

Flertalet av de delmål som gäller luftföroreningar kan nås antingen med befintliga eller kompletterande åtgärder. I juni 2006 kommer Miljömålsrådet att presentera sin årliga uppföljning av utvecklingen av miljömålsarbetet. Den kommer att innehålla rådets första bedömning av om de två nya delmålen kan nås.

Marknära ozon bildas genom reaktioner mellan luftens syre, kväveoxider och kolväten i solljus. Delmålet om halten av marknära ozon kommer troligen inte att nås under varma sommardagar, eftersom bildningen då är större. Även om antalet episoder med höga halter av ozon har minskat finns ingen tendens till att medelhalten kommer att minska fram till år 2010. En sådan utveckling parallellt med att halterna i större städer blir allt högre medför att befolkningens exponering för ozon på sikt kan befaras öka.

Till stor del är marknära ozon långväga transporterat. Höga halter i Sverige beror därför till stor del på utsläpp i andra länder. Förhållandet är likartat för övriga luftföroreningar som påverkar hälsan vilket innebär att arbetet inom Europeiska unionen (EU) och internationella organ är av stor betydelse. Inom EU är de kommande förhandlingarna om revidering av direktivet om nationella utsläppstak avgörande. Rådsslutsatser om EU:s tematiska strategi om luftföroreningar har nyligen antagits och eventuellt tas ett beslut om ett nytt direktiv om luftkvalitet under våren. Sverige kommer även att driva att EG:s avgaskrav för bilar och arbetsmaskiner skärps i enlighet med de positioner som aviserades i Svenska miljömål – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004/05:150). En mycket viktig insats blir även de internationella förhandlingarna inom ramen för Förenta Nationernas (FN:s) luftvårdskonvention (CLRTAP).

Nationellt har kombinationer av juridiska, ekonomiska och informativa styrmedel visat sig framgångsrika. I strategin för effektivare energi-användning och transporter, avsnitt 21.2 i Miljömålen – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004/05:150) redovisade regeringen åtgärder som kan bidra till att utsläppen av luftföroreningar minskar så att delmålen till miljö kvalitetsmålen *Frisk luft* och *Bara Naturlig försurning* infrias. Ett viktigt förslag för att minska utsläppen av hälsofarliga partiklar innebär att ägare till nya lätta dieselbilar med effektiva partikelfilter erhåller en skattesänkning om sammanlagt 6 000 kronor, se propositionen Skattelättnad för bilar i vissa miljöklasser (prop. 2005/06:167). Åtgärden kommer att kraftigt minska utsläppen av hälsofarliga partiklar från nya dieselbilar. Regeringens förslag är att det nya systemet skall träda i kraft den 1 juli 2006. I propositionen Moderna transporter (prop. 2005/06:160) aviserade regeringen att den avser att ge Vägverket i uppdrag att utreda möjliga åtgärder för att minska partikelemissioner från dubbdäcksanvändning och väghållning.

I oktober 2004 slutredovisade Naturvårdsverket ett regeringsuppdrag om hur kontrollen av miljö kvalitetsnormerna för utomhusluft kan ske på ett enklare och mer kostnadseffektivt sätt samtidigt som rapporteringen av mätdata underlättas och förbättras (dnr M2005/1863/Mk). Förslaget innebär att länsstyrelserna får en skyldighet att i samråd med kommunerna upprätta ett regionalt luftövervakningsprogram inkluderande luftkvaliteten i tätorter. Kommunerna får fortsatt ansvar för kontrollen av miljö kvalitetsnormerna men genomför det inom ramen för det regionala luftövervakningsprogrammet. Befintliga väl fungerande samarbeten, till exempel luftvårdsförbund, kan vara en lämplig form för genomförande av det regionala luftövervakningsprogrammet. Förslaget bereds nu av regeringskansliet.

Regeringen har fastställt åtgärdsprogram för att minska halterna av kvävedioxid och partiklar i Stockholm och kvävedioxid i Göteborg samt givit uppdrag till de berörda länsstyrelserna om upprättande av åtgärdsprogram för bl.a. Umeå, Uppsala, Norrköping, Helsingborg, Malmö och Göteborg (partiklar). Syftet är att minska luftföroreningarna i omgivningsluften för att förbättra människors hälsa. För att uppfylla miljö kvalitetsnormen för kvävedioxid behövs bl.a. åtgärder för att utveckla och tillämpa särskilda miljökrav vid upphandling av tunga transporter och persontransporter, inom parkeringspolitiken för att minska personbilstrafiken och öka framkomligheten, begränsa genomfartstrafiken av tunga fordon på vissa vägar och öka framkomligheten för bussar. För att uppfylla miljö kvalitetsnormen för partiklar krävs bl.a. information om hälsoeffekterna av höga partikelhalter och hur halterna påverkas av dubbdäcksanvändning samt ökad forskning och utveckling kring olika beläggningars material benägenhet att bilda partiklar och olika metoder för markrening.

Farliga kemiska ämnen

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

I Folkhälsopolitisk rapport 2005 fokuserar FHI på långlivade organiska ämnen. Gruppen är viktig, särskilt som dessa ämnen inte bryts ner i miljön och i många fall ansamlas i levande organismer. Regeringen bedömer

dock att det finns flera grupper av ämnen som har minst lika stor betydelse från folkhälsosynpunkt. Därför bör bestämningsfaktorn omfatta även dessa. Skr. 2005/06:205

Kemikalieinspektionen (KemI) framhåller i sitt remissvar att ämnen som är cancerframkallande, mutagena och reproduktionsstörande, samt allergiframkallande och neurotoxiska ämnen är betydelsefulla. Dessa har förmodligen på kort sikt större inverkan på folkhälsan och yrkesrelaterad hälsa än de långlivade organiska ämnena. Dessutom anser både KemI och *Naturvårdsverket* att farliga metaller som t.ex. kadmium, kvicksilver och bly bör ingå i bestämningsfaktorn. KemI pekar också på att det finns skäl att rikta uppmärksamheten mot ytterligare potentiella problemämnen som inte tillhör de farligaste. Bland dessa finns ämnen med hög akut eller kronisk giftighet samt allergiframkallande och mutagena ämnen. Ett skäl till detta är att flera av dessa kategorier används i relativt stor omfattning och att exponeringen för ämnena är sådan att den har betydelse ur folkhälsoperspektiv. Regeringen delar myndigheternas uppfattning.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

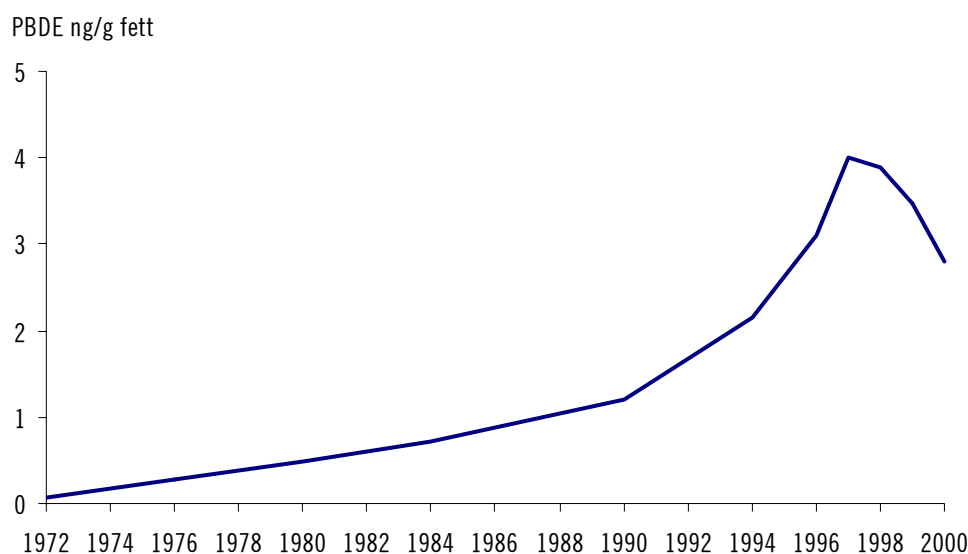
Exponering för kemiska ämnen sker bl.a. via föda, olika typer av produkter, i arbets- och inomhusmiljön. Förekomsten av organiska miljögifter och metaller är skälet till att Livsmedelsverket utfärdar kostrekommendationer gällande bl.a. kvinnors konsumtion av fisk från vissa områden.

Halterna av kända miljögifter i fisk från Östersjön har, liksom halterna i modersmjölk, i de flesta fall minskat sedan 1970-talet. Sammantaget minskar de numera endast långsamt. Dioxiner är en grupp av långlivade organiska ämnen som är förknippade med konsumtion av vissa animaliska livsmedel, bl.a. fet östersjöfisk. Vuxnas intag av dioxiner är i genomsnitt ungefär hälften av vad som anses tolerabelt. Ungefär 14 procent av befolkningen anses dock ha ett för högt intag av dioxiner. Det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller risker vid exponering för kemiska ämnen. Bland annat löper kvinnor generellt sett större risk för skador som orsakas av vissa organiska miljögifter och tungmetaller. Barn är särskilt känsliga eftersom de har en snabbare ämnesomsättning och deras kroppar är under utveckling. KemI har regeringens uppdrag att till den 31 augusti 2006 redovisa en kunskapssammanställning om kvinnors och mäns olika känslighet för kemikalier och föreslå åtgärder för att förbättra skyddet.

Av Arbetsmiljöverkets statistik från år 2004 framgår att kemiska eller biologiska faktorer misstänkts orsaka knappt en tiondel av rapporterade arbetssjukdomar. De vanligaste symptomen är besvär från andningsorgan och hud. Arbetsmiljöverket uppger att allergener är den viktigaste kemiska faktorn.

Åtgärder för att minska exponeringen för farliga kemikalier ger i många fall effekter först på relativt lång sikt. Figuren nedan visar att halten av det bromerade flamskyddsmedlet PBDE i modersmjölk minskar sedan några år. Sedan åren 1996 och 1997 minskar även halterna av PCB i bröstmjölk kontinuerligt. När det gäller dioxin i fet östersjöfisk tycks haltminskningen helt ha avstannat under den senaste tioårsperioden. I det fallet finns det troligen fortfarande okända källor.

Figur 4.4 Halter av PBDE i svensk modersmjölk 1972–2000. PBDE ingår i bromerade flamskyddsmedel och finns bl.a. i elektroniska apparater



Källa: Folkhälsopolitisk rapport 2005.

– Insatser

Grundläggande problem i nuvarande hantering av kemikalier är bristen på kunskap om de ämnen som i dag finns på marknaden och bristen på system för att begränsa riskerna med hantering av farliga ämnen, bl.a. i varor. Till detta kommer kunskapsbristen gällande ämnen som oavsiktligt bildas eller sätts i cirkulation i miljön. Denna generella kunskapsbrist om kemikaliers hälsoeffekter gäller särskilt effekter på barn.

Den nya kemikalielagstiftning (REACH) som för närvarande utarbetas inom EU har särskilda bestämmelser för cancerframkallande, mutagena och reproduktionsstörande ämnen liksom för långlivade organiska ämnen och sådana som ansamlas i levande organismer. Dessa kommer att prioriteras i den registrering av ämnen som följer av REACH och kommer senare att bli föremål för tillståndsprövning eller restriktioner. Dessutom kommer REACH att ställa krav på vissa grundläggande data och en riskbedömning vid registreringen av alla ämnen som tillverkas eller importeras i kvantiteter över ett ton per år. För de ämnen som hanteras i kvantiteter större än tio ton per tillverkare eller importör och år kommer REACH att kräva en kemikaliesäkerhetsrapport. Därmed kommer kunskapen om och möjligheten att förebygga risker med kemiska ämnen att förbättras, även för de ämnen som inte tillhör de farligaste kategorierna. REACH kommer sannolikt att kunna antas under hösten 2006 för att träda i kraft under 2007.

Flera studier har gjort uppskattningar av vilka hälsovinster genom förbättrad kemikaliekontroll som REACH kommer att kunna medföra. I dessa studier bedöms symptom från luftvägarna, hudåkommor, cancer och neurologiska åkommor vara de viktigaste hälsoeffekterna av exponering från för kemiska ämnen. Studierna visar att REACH leder till betydande samhällsekonomiska vinster genom förbättrad hälsa. Exempelvis pekar en studie som Kommissionen genomfört på samhällsekonomiska vinster

motsvarande 17,6–54,4 miljarder euro under en 30-årsperiod genom för- Skr. 2005/06:205
bättrad arbetsrelaterad hälsa.

I propositionen Svenska Miljömål – ett gemensamt uppdrag redovisades arbetet med att minska de negativa miljö- och hälsoeffekterna förknippade med kemiska ämnen (prop. 2004/05:150, bet. 2005/06: MJU3, rskr. 2005/06:48). Frågan behandlas främst i kapitel 8 om miljö kvalitetsmålet *Giftfri miljö*. Regeringen pekade på behovet av samarbete på EU-nivå och internationellt för att miljö kvalitetsmålet skall kunna uppnås och REACH framhålls som den enskilt viktigaste processen. Även den kommande revideringen av EU:s regelverk för växtskyddsmedel är högt prioriterad. Nyligen antogs också en global kemikaliestrategi (SAICM) under FN:s miljöprogram. SAICM lägger bl.a. grunden för ett internationellt informationssystem för farliga ämnen i varor.

Utsläpp av farliga kemiska ämnen påverkar bland annat dricksvattnets kvalitet. Denna fråga behandlades i den ovan nämnda propositionen under miljö kvalitetsmålen *Ingen övergödning*, *Grundvatten av god kvalitet* och *Levande sjöar och vattendrag*.

Till de åtgärder som minskar användningen av farliga kemiska ämnen hör en ökad ekologisk produktion som regeringen nyligen har behandlat i skrivelsen *Ekologisk produktion och konsumtion – Mål och inriktning till 2010* (skr. 2005/06:88).”

UV-strålning

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Varje år dör ca 400 personer i malignt melanom där solning (UV-strålning) framför allt i barn- och ungdomsåren är en viktig orsak. Dödligheten kan minskas om man tidigt upptäcker och behandlar malignt melanom. Andra behandlingsbara cancerformer, som också hänger samman med UV-strålning, är skivepitelcancer och basalcelscancer. Ökad solexponering kan även trefaldiga risken för ytliga former av grå starr samt leda till att huden åldras i förtid.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Den allvarligaste formen av hudtumörer, malignt melanom, har ökat tiofalt sedan mitten av 1950-talet. Sedan år 1970 har antalet fall tredubblats medan antalet fall av övriga hudtumörer mer än fyrdubblats. Jämfört med övriga tumörformer är detta en mycket kraftig ökning. Den viktigaste orsaken är solning, till stor del under solresor och i solarier. Utvecklingen och åtgärdsarbetet redovisades utförligare i Svenska miljömål – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004/05:150, s. 86–87) under miljö kvalitetsmålet *Säker strålmiljö*. De direkta sjukvårdskostnaderna antas uppgå till mellan en halv och en miljard kronor per år samtidigt som de indirekta kostnaderna för sjukdomsfallen uppgår till ett par miljarder kronor per år.

Nationella kampanjer som har genomförts de senaste 10–15 åren har ökat medvetenheten om problemen med solning och UV-strålning. Det har skapat förutsättningar för tidig diagnostik, vilket bidragit till att överlevnaden ökat. Flertalet av de åtgärder som kan bidra till att minska antalet fall av hudtumörer berör livsstilsfrågor. För barns del gäller att lekplatser, parker och andra utomhusmiljöer, utformas att det blir en balans mellan

sol och skugga. Därför framhöll regeringen i den ovan nämna propositionen att fortsatta informationsinsatser är viktiga. De nordiska strålskyddsmyndigheterna har till exempel generellt avrått från solning i solarier. Skr. 2005/06:205

En åtgärd som kan bidra till att minska antalet fall av hudtumörer är att utöka tillsynen av solarier. Efter förslag i propositionen Finansieringen av kärnavfallens slutförvaring (prop. 2005/06:183) kan Statens strålskyddsinstitut utfärda föreskrifter som innebär att kommunerna övertar ansvaret för tillsyn av solarier.

Radon

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Radon i byggnader är på grund av markförhållanden och blåbetong i byggnader ett stort folkhälsoproblem i Sverige. Enligt Statens strålskydds-institutets bedömning misstänks radon bidra till ca 500 dödsfall i lungcancer per år. Till allra största delen drabbas rökare.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Saneringen av byggnader med radonproblem går långsamt.

Sedan början av 1980-talet finns i byggbestämmelserna ett gränsvärde om 200 Bq/m³ för radon i nya byggnader. Boverket kan sedan år 1988 bevilja statliga bidrag till radonsanering av småhus och avsikten med åtgärderna är att halterna skall understiga 200 Bq/m³. Socialstyrelsen har fastställt ett riktvärde för radon i befintlig bebyggelse. År 2004 sänktes riktvärdet från 400 Bq/m³ till 200 Bq/m³ inomhusluft. Kommuner kan ålägga fastighetsägare att vidta åtgärder mot för höga radonhalter. Regeringen har i en proposition (prop. 2005/06:145) med förslag om bl.a. lag om energideklarationer enligt EG:s direktiv (2009/91/EG) om byggnaders energiprestanda föreslagit att dessa även skall omfatta uppgifter om radonmätning har gjorts. Avsikten är bl.a. att höga radonhalter skall uppmärksammas. Sådana deklarerationer skall finnas när en byggnad uppförs, säljs och hyrs ut. Vidare genomför Boverket sedan oktober 2005 en omfattande radonkampanj för att öka medvetenheten och antalet radonsaneringar.

Antalet byggnader med för höga radonhalter är dock osäkert. Regeringen avser att med början år 2006 låta genomföra en undersökning av byggnaders tekniska status, där bl.a. radonfrågan ingår. Den låga saneringstakten beror ofta på okunskap om hälsoriskerna och avsaknad av ekonomiska incitament.

För att minska hälsopåverkan från radon i byggnader behövs det enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 ett fortsatt ekonomiskt stöd på kommunal nivå för arbetet med att kartlägga och åtgärda radonförekomsten.

Buller

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Samhällsbuller är ett utbrett miljöproblem och är den störning som berör flest antal människor i Sverige. Trots att inte bullret uppfattas som livshotande betyder det mycket för vår hälsa och möjligheter till en god livs-

kvalitet. Buller påverkar människor på olika sätt beroende på typ av buller, vilken styrka och vilken frekvens det har, hur det varierar över tiden och tid på dygnet. Lågfrekvent ljud är mer störande än annat ljud. Samhällsbuller kan innebära störning av sömn och vila, stress, svårigheter att höra vad andra säger och att lyssna till radio/TV och i telefon, försämrad uppmärksamhet genom att buller maskerar varningssignaler, koncentrations-svårigheter och försämrad inlärning samt hörselskada. Senare forskning har visat på ökade halter av stresshormoner och ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar hos människor som bor intill flygplatser. Vissa studier visar också på att hjärt- och kärlsjukdomar kan orsakas av buller från vägtrafik.

Mycket höga ljudnivåer kan, förutom hörselnedsättning, orsaka öronsusningar (tinnitus) förvrängningar av hur ljud upplevs och ökad ljudkänslighet (hyperacusis). Studier på musiker har visat att 68 procent av klassiska musiker och 74 procent av rock- och jazzmusiker hade tinnitus eller annan ljudkänslighet. Barn kan utgöra en riskgrupp eftersom de har en kortare och smalare hörselgång, vilket gör att förstärkningen av ljudet sker högre upp i diskanten, där ljudet lättare orsakar skador.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Huvudsakliga källor till samhällsbuller är väg-, spår- och flygtrafik, industrier, byggnadsarbeten och grannskapet (restauranger, diskotek, musik- och sportevenemang mm.).

Beräkningar visar att ca 2 miljoner människor i landet är utsatta för bullernivåer från vägtrafik, tåg eller flyg över riktvärdet (55 dB Laeq, 24h) utanför bostaden. Vägtrafik är den dominerande bullerkällan. 400 000–900 000 personer är mycket besvärade av trafikbuller. Hur människor upplever störningen när de samtidigt exponeras för buller från de olika trafikslagen är i stort sett okänd, men situationen förekommer på många håll i landet.

I svenska förskolor har så höga ljudnivåer uppmätts att de i vissa fall överskridit gränsen för när hörselskydd måste bäras enligt arbetsmiljölagstiftningen. Även i andra miljöer där barn vistas förekommer mycket höga ljudnivåer bl.a. från musikanläggningar (se avsnitt 3). Barn boende intill flygplatser har visats prestera sämre i bl.a. läsförståelse och förmåga att minnas.

Att störas av trafikbuller är ett av de största och mest svåråtgärdade miljöproblemen. Vägtrafiken står för ca 80 procent av störningarna. Under de senaste 10–15 åren har antalet störda legat på ungefär samma nivå. Trots åtgärder för att få ner bullernivåerna ökar trafiken och därmed också bullret.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Arbetet för att få ner bullernivåerna i samhället, speciellt bullret från trafiken, måste fortsätta. Problemen med höga ljud är mera uppmärksammade i dag hos såväl verksamhetsutövare som tillsynsmyndigheter. För att förbättra situationen när det gäller höga ljud är det nödvändigt att verksamhetsutövarna tar ansvar för att de ljudnivåer som spelas inte är hörselskadande. Det är också angeläget att de operativa tillsynsmyndigheterna fortsätter att prioritera tillsyn inom det här området.

Genom att verksamheter där det spelas musik på höga ljudnivåer blir anmälningspliktiga enligt förordningen om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd (1998:899) kan man tidigt etablera en kontakt mellan den operativa tillsynsmyndigheten och verksamhetsutövaren, och på så sätt ge tillsynsmyndigheten möjlighet att tidigt informera om miljöbalkens krav.

Det saknas underlag som ger information om förekomst och orsak till hörselskador i olika åldrar. Det bör undersökas om EHLASS-registrering kan kompletteras med ett sådant underlag.

Riksdagen antog år 1997 långsiktiga riktvärden för trafikbuller (prop. 1997/98:56). Dessa riktvärden bör normalt inte överskridas vid nybyggnad av bostäder eller vid nybyggnad eller väsentlig ombyggnad av trafikinfrastruktur. Riktvärdena överskrids ofta vid planering av bostäder i storstäder. Cirka en och en halv miljoner personer exponeras för vägtrafikbuller utomhus vid sin bostad som överstiger 55 dBLAeq (ekvivalentnivå) och ca en kvarts miljon som överstiger 65 dBLAeq. Cirka en halv miljon exponeras för spårtrafikbuller utomhus vid bostaden som överstiger 55 dBLAeq.

Nära 1 miljon människor är besvärade av buller i sin bostad minst en gång per vecka.

Riksdagen fastställde år 2001 ett delmål för buller som innebär att antalet människor som utsätts för trafikbullerstörningar överskridande de riktvärden för buller i bostäder som riksdagen ställt sig bakom skall ha minskat med fem procent till år 2010 jämfört med år 1998.

EU-direktivet om bedömning och hantering av omgivningsbuller antogs år 2002 (direktiv 2002/49/EC). Direktivet innefattar gemensamma definitioner och mätmetoder och ställer krav på kartläggning, handlingsplaner och information till allmänheten om problem och prioriteringar av åtgärder. Kartläggning i form av bullerkartor och handlingsplaner skall utarbetas för tätbebyggelse, större vägar, större järnvägslinjer och större flygplatser.

Insatser som visat sig ge effekt mot högt trafikbuller är en god fysisk planering, bulleravskärmning, fasadåtgärder, lägre hastigheter och tystare vägbeläggning. Ofta räcker dessa åtgärder inte till för att få ner bullernivåerna. På senare tid har begreppet ”tyst sida” använts inom bostadsplaneringen för att åtminstone ett, eller flera rum i bostaden har en tyst sida som inte har trafik utanför fönstret. Bullret från trafiken upplevs inte lika plågsamt. Den tysta sidan skall dock vara tyst för att upplevelsen av bullret i bostaden skall uppfattas som mindre störande.

Ljudmiljön bör i större omfattning beaktas i samhällsplaneringen och ett större fokus bör läggas på åtgärder som dämpar bullret vid källan (fordon, hastigheter, däck och vägbeläggning).

Socialstyrelsen har nyligen (år 2005) utvärderat ljudnivåerna på diskotek och musikevenemang i en landsomfattande uppföljning. En fjärdedel av de mätningar som gjordes överskred Socialstyrelsens riktvärden. Flest ljudnivåmätningar genomfördes på festivaler och konserter och 42 procent av ljudnivåmätningarna överskred riktvärdet. 36 procent av arrangemangen som riktade sig till vuxna och barn överskred riktvärdet.

Insatser som visat sig ge effekt mot högt trafikbuller är en god fysisk planering, bulleravskärmning, fasadåtgärder, lägre hastigheter, utformningen av ”tyst sida” och tystare vägbeläggningar. Ett problem är att det allt oftare görs avsteg från riktvärdena för trafikbuller när nya bostäder

byggs. Ljudmiljön bör i större omfattning beaktas i samhällsplaneringen och större fokus bör läggas på åtgärder som dämpar bullret vid källan (fordon, däck och vägbeläggning) samt insatser i befintlig miljö. Skr. 2005/06:205

Socialstyrelsen har föreslagit att verksamheter där det spelas musik på höga ljudnivåer bör bli anmälningspliktiga enligt 38 § förordningen om hälsoskydd och miljöfarlig verksamhet. Därigenom kan man tidigt etablera en kontakt mellan den operativa tillsynsmyndigheten och verksamhetsutövaren, och på så sätt ge tillsynsmyndigheten möjlighet att tidigt informera om miljöbalkens krav. Konsumentverket har framfört att det behövs en indikator för hörselskadande buller för att kunna kartlägga omfattningen och utvecklingen av hörselskador hos bl.a. barn och ungdomar.

Miljöer och produkter som kan relateras till skador

I detta avsnitt behandlas två bestämningsfaktorer: miljöer som kan relateras till skador och produkter som kan relateras till skador.

– Samband mellan bestämningsfaktorerna och hälsa

Av de drygt 4 500 personer per år som dör av skador omkommer ca 60 procent till följd av olycksfall. Cirka 1 200 begår självmord och ca 100 dör till följd av våld. Cirka 80 procent av olycksfallen sker i hem- och fritidsmiljö, övriga i trafik- och arbetsmiljö. Ungefär 100 barn i åldrarna 0–17 år dör varje år till följd av skador. De äldre är starkt överrepresenterade bland dödsfallen i nästan alla olyckstyper, varje år dör över 1 000 personer över 65 år till följd av fallolyckor, som till allra största delen inträffar i bostaden. Särskilt för medelålders och äldre kvinnor är halkolyckor utomhus vintertid ett allvarligt problem.

För vissa grupper är våld och hot om våld en faktor som påtagligt påverkar personernas liv. Det gäller bl.a. kvinnor som av olika skäl lever under hot från män (se även avsnitt 4.11).

– Utvecklingen av bestämningsfaktorerna

Uppskattningsvis inträffar ca 520 000 hem- och fritidsskador varje år i Sverige. Det skadeförebyggande arbetet inom arbets- och trafikmiljöerna har varit framgångsrikt. I propositionen Moderna transporter (prop. 2005/06:160) har regeringen nyligen redovisat utvecklingen inom trafikområdet. Under år 2004 dödades 480 personer i den svenska vägtrafiken. Det är det lägsta dödstalet sedan mitten av 1900-talet. Antalet döda minskade ytterligare under 2005, preliminär statistik visar att 440 personer omkom i vägtrafiken. Motsvarande goda utveckling har inte skett inom bostads- och fritidsmiljöerna.

Två tredjedelar av dem som dör genom olycksfall, inklusive trafikolyckor, är män. En förklaring till mäns mer riskfyllda beteenden är att mansrollen fortfarande är förenad med större risktagande, fler våldsuttryck, en obenägenhet att söka vård samt att män dricker mer alkohol. Att ta risker i exempelvis trafiken kan vara ett sätt att uttrycka maskulinitet. FHI anser att skolan mer aktivt bör diskutera den riskfyllda, dominerande mansrollen i vårt samhälle och visa på alternativa förhållningssätt för pojkarna.

En särskild form utgör de skador som uppstår genom avsiktligt våld. Andelen individer i åldern 16–24 år som anger att de utsatts för något våld med kroppsskada har inte förändrats mellan åren 1980–1981 och år 2003. I denna åldersgrupp har andelen som anger att de utsatt någon annan för våld i stort varit oförändrad under perioden. Även i detta fall är mäns beteende den i särklass viktigaste orsaken. I avsnitt 4.11 behandlas frågan om könsrelaterat våld.

Andelen barn som dör genom olycksfall halverades mellan åren 1987 och 2001. Trots det är skador fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland barn och ungdomar. I de flesta länder är olycksfallsskador betydligt vanligare i socialt mindre gynnade grupper. Därför är det anmärkningsvärt att de sociala skillnaderna för skador för de minsta barnen (0–4 år) har eliminerats i Sverige. En viktig orsak kan vara det arbete som barnavårdscentraler, Konsumentverket och Vägverket bedriver i form av ett aktivt informationsarbete om skaderisker i hemmet, om produkter och i trafiken. Sociala skillnader kvarstår dock bland barn över fem år. Statens räddningsverk skall enligt sin instruktion (2005:890) samordna arbetet för barns och ungas säkerhet på ett övergripande plan när det gäller att motverka olycksfall som leder till personskador.

Inom nästan alla olyckstyper svarar personer som är äldre än 65 år för en majoritet av dödsfallen. Risken för fallskador ökar dramatiskt med stigande ålder och frakturer till följd av fallskador är den vanligaste typen av skador bland äldre personer, särskilt kvinnor. Antalet dödsfall till följd av höftfrakturer ökar sedan mitten av 1990-talet bland både män och kvinnor. Den ökande andelen äldre kan endast förklara en del av ökningen. Det gäller bl.a. skador efter halkolyckor utomhus som till stor del drabbar medelålders och äldre kvinnor.

– Samhällets kostnader

Enligt Socialstyrelsens rapport Hem- och fritidsolycksfall i Sverige från år 2004 beräknas samhällets kostnader för skador i samband med olycksfall till ca 40 miljarder årligen. Om nuvarande trend håller i sig ökar antalet personer över 65 år som behöver vårdas efter enbart fallolyckor från 42 000 till nära 70 000 per år om 30 år. Landstingens och kommunernas direkta kostnader beräknas öka från 4,7 till 7,7 miljarder kronor. Det finns därför även starka ekonomiska motiv att förebygga olyckor, däribland fallolyckor som drabbar äldre. Enligt vårpropositionen för år 2006 avser regeringen att satsa 150 miljoner kronor för att förstärka kommunernas förebyggande arbete åren 2007 och 2008.

– Uppföljning och utvärdering

Inom flera sektorer sker en systematisk uppföljning av olycksfall. Det gäller till exempel transportsektorn och arbetslivet. Ett systematiskt arbete med att förebygga olycksfallsskador bland barn påbörjades under 1950-talet. En särskilt betydelsefull modell för att påverka skador bland barn är kommunbaserade system.

För skadeförebyggande arbete på lokal nivå är det viktigt att landstingen/regionerna stödjer kommunerna med statistik och analys av lokala skadedata. Västra Götalandsregionen har genomfört ”Hälsovinstprojektet” som bygger på resultatet av skadeförebyggande arbete, särskilt höft-

frakturer bland äldre, som har bedrivits i fem kommuner under perioden 1989–2001. Syftet med Hälsovinstprojektet var att undersöka hur en sammanvägning av hälsofrämjande, förebyggande, vårdande och rehabiliterande insatser skulle kunna göras så att de resurser som finns till förfogande utnyttjas på bästa sätt. Slutsatsen är att ett strukturerat och systematiskt arbete med epidemiologiska och hälsoekonomiska data om prioriterade hälsoproblem är en väg för att optimera resursfördelningen.

Räddningsverket, Boverket och Konsumentverket betonar i kontakterna med FHI att det är angeläget att få till stånd ett heltäckande nationellt informationssystem för skador. Regeringen fördubblade fr.o.m. år 2005 medel för utbyggnad och fortsatt långsiktig drift av skaderegistreringssystemet EHLASS, med data om skadade personer från ett urval av akutsjukhus. Genom EHLASS erhålls fördjupad kunskap om olyckor, vilka som drabbats, hur olyckan ägt rum och om någon produkt går att koppla till det inträffade. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete på Konsumentverket för att systemet även skall ge information om skador relaterade till tjänsters utövande. Genom EHLASS-data får myndigheter, utredningar och andra aktörer värdefull information som möjliggör ett fokuserat säkerhetsarbete. Inom Socialstyrelsen pågår ett utvecklingsarbete för att dataunderlaget skall motsvara tio procent av befolkningen varvid representativ statistik erhålls.

– Förebyggande arbete

I budgetpropositionen för år 2005 framhöll regeringen att ansträngningarna för att förebygga olyckor i hem- och fritidsmiljöer behöver ökas. Det gäller i första hand fallolyckor bland äldre, men även äldres säkerhet i stort måste prioriteras.

Ett stort antal myndigheter kan inom ramen för sina verksamheter förebygga olycksfall. Myndigheternas roll skiljer sig dock beroende på deras förutsättningar och om de har operativa uppgifter eller ej. Boverkets insatser för ett säkert byggande sker exempelvis främst på en övergripande nivå genom utveckling av regler och genom att ta fram kunskapsunderlag och information till olika aktörer. Räddningsverket har en bred uppgift att förebygga olyckor och att skapa ett säkrare samhälle för alla. Verket arbetar bl.a. med föreskrifter och allmänna råd, bedriver utbildning, ger information till kommuner, samverkar med andra myndigheter och organisationer för kunskapspridning och erfarenhetsåterföring. När det gäller barnolycksfall samordnas det förebyggande arbetet mellan ett stort antal myndigheter och organisationer. Arbetsmiljöverket har däremot både ett föreskriftsansvar och till uppgift att kontrollera att arbetsgivarna lever upp till de krav som ställs i arbetsmiljölagen. Inom trafiksäkerhetsområdet ansvarar Vägverket för vissa föreskrifter men har också en tydlig roll i förbättring av infrastruktur och fordon samt information till trafikanterna. I propositionen Moderna Transporter (prop. 2005/06:160) framhåller regeringen att nollvisionen har skapat ett behov av att utveckla nya tekniska lösningar för att öka trafiksäkerheten. Nya åtgärder och metoder för utformningen av vägar har utvecklats och genomförts som t.ex. mittseparering av vägar. En bättre fungerande marknad för säkerhetslösningar har skapats där staten och andra agerar för ökad kunskap om trafiksäkra produkter och tjänster. Konsumentprogram som det europeiska utvärderingsprogrammet för krocksäkerheten hos personbilar, Euro-NCAP, har

betytt mycket för att öka efterfrågan och utbudet av säkra bilar. *Rikspolisstyrelsen* uppger i sitt remissvar att de kommer att anta en ny strategi för polisens trafiksäkerhetsarbete i syfte att minska antalet döda och skadade i trafiken.

Konsumentverkets produktsäkerhetsarbete har till syfte att minska antalet produktrelaterade olycksfall i samhället och att tillförsäkra konsumenterna en marknad med säkra varor och tjänster. Verket arbetar genom marknadskontroller, näringslivskontakter, utbyte av EU-information och uppföljning av anmälningar från konsumenter för att farliga konsumentvaror inom verkets ansvarsområde inte skall finnas på marknaden. Genom att aktivt delta i standardiseringen tillses att säkerhetskrav för olika produktgrupper hålls på en hög nivå. Barn och äldre är prioriterade grupper. Bland annat testar verket leksaker och lekredskap. Tjänstesektorn är under stark utveckling och Konsumentverket bedriver ett aktivt utvecklingsarbete av en strategi för tjänstesäkerhet som bygger på lokala förebyggande åtgärder med centralt stöd. Regeringen har avsatt två miljoner kronor år 2006 för säkerhetsarbete kopplat till ridning, ett område av särskild betydelse för barn och unga och särskilt kvinnor.

Länsstyrelserna har ett ansvar när det gäller att förebygga olyckor, till exempel när det gäller trafiksäkerhetsfrågor och handikappanpassning av kollektivtrafik. Inom området säkerhet och krishantering utgör länsstyrelserna en länk mellan den nationella nivån och den lokala nivån. Länsstyrelserna utgör en sammanhållande funktion, och verkar för att nödvändig samverkan sker inom länet samt mellan närliggande län före, under och efter en kris. Den utbildnings- och övningsverksamhet som bedrivs av länsstyrelserna samordnas med de organisationer i samhället som samverkar vid räddningstjänst. I tillsynen över kommunerna, inom ramen för området skydd mot olyckor, skall länsstyrelserna följa upp, bedöma och främja kommunernas förmåga att leva upp till de nationella målen samt de verksamhetsmål och de särskilda skyldigheter som framgår av lagen om skydd mot olyckor. Enligt förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor får en länsstyrelse ta över ansvaret för omfattande räddningsinsatser i kommunal räddningstjänst i de kommuner som berörs av insatsen.

Kommunerna ansvarar för ett flertal verksamheter och miljöer som påverkar risken att drabbas av skador. Lokalt systematiskt olycksfallsförebyggande arbete, som omfattar alla typer av skador, genomförs i ett antal kommuner, inklusive förskolor och skolor i dessa kommuner. Ett stort antal kommuner saknar dock sådana system. FHI anser att det är motiverat att utveckla lokalt systematiskt olycksfallsförebyggande arbete i kommuner som inte infört sådana modeller.

Bygglagstiftningen innehåller krav på att byggnader och tomter skall utformas så att man får tillräcklig säkerhet vid användning och så att risken för olycksfall begränsas. Kraven gäller vid nybyggnad och vid ändringar av befintliga byggnader. Detta regleras genom Boverkets byggregler (BFS 1993:57), där myndigheten föreskriver om barnsäkerhet i utrymmen där barn kan vistas. Exempel på sådana utrymmen är bostäder, men också gemensamma utrymmen i bostadshus, utrymmen i förskolor, barnavårdscentraler, barnkliniker och bibliotek. Byggherren har ansvaret för att byggnaden utformas så att kraven på säkerhet tillgodoses. Byggnadsnämnden har tillsynsansvar och fastighetsägaren ansvarar för att säkerheten bibehålls under byggnadens brukstid.

I Barnsäkerhetsdelegationens betänkande Från barnolycksfall till barns- rätt till säkerhet och utveckling (SOU 2003:127) hävdas att det är oklart i vilken utsträckning Boverkets byggregler om barnsäkerhet efterlevs vid nybyggnad och ändring av byggnader. Regeringen anser att frågan om barnssäkerhet i utrymmen i byggnader där barn kan vistas behöver belysas ytterligare. Regeringen avser därför ge Boverket i uppdrag att granska hur byggreglerna efterlevs vid nybyggnad och ändring av befintlig bebyggelse avseende utrymmen i byggnader där barn kan vistas, samt vid behov föreslå författningsändringar. Statens räddningsverk har sedan den 1 januari 2005 ett samordningsansvar för barnsäkerhetsarbetet. Samordningsrollen innebär att på ett övergripande plan samordna och vara pådrivande i barnsäkerhetsfrågor. Övriga sektorsmyndigheter skall oförändrat ha kvar sina respektive ansvarsområden och skall med sin expertis aktivt medverka till att barnsäkerhetsarbetet får ett brett genomslag även på lokal nivå.

I propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) framhåller regeringen sin bedömning att det behövs medel till kommunerna för att förstärka deras förebyggande och hälsofrämjande arbete för äldre. Till exempel kan förebyggande hembesök förhindra olycksfall bland äldre. I Vårpropositionen (2005/06:100) aviserade regeringen att den avser att satsa 150 miljoner kronor för att förstärka kommunernas förebyggande arbete 2007 och 2008. Statens Räddningsverk har identifierat fallolyckor bland äldre som ett hot mot folkhälsan.

I många tätorter finns särskilda servicelinjer med bussar som är särskilt anpassade för personer med funktionshinder och med sträckningar anpassade för de äldres behov. Enligt beräkningar skulle upp till 60 procent av dem som är berättigade till färdtjänst kunna ta bussen i stället. Kostnaden är något högre än för en vanlig busslinje. Det har dock inte gjorts någon bedömning av om detta är en kostnadseffektiv åtgärd att förbättra service och säkerheten.

– Försöksverksamhet med komplement till färdtjänst

Regeringen har beslutat föreslå Riksdagen att en ny särskild lag skall införas om försöksverksamhet med ett komplement till färdtjänst. En kommun skall kunna lämna ekonomiskt stöd till en invånare i kommunen som har ett funktionshinder för att han eller hon skall kunna skaffa eller anpassa ett motorfordon. De kommuner som vill bedriva försöksverksamhet skall kunna ansöka om detta hos regeringen. Försöksverksamheten skall bedrivas under tiden den 1 juli 2007–30 juni 2010 av de kommuner som fått regeringens tillstånd. De kommuner som deltar i försöksverksamheten får lämna komplement till färdtjänst under förutsättning att den som skall få stödet själv vill ha det, att han eller hon har tillstånd till färdtjänst och inte är berättigad till statligt bilstöd. Lagen föreslås träda i kraft den 1 november 2006 och gälla till och med den 30 juni 2010. Det är en viktig handikappolitisk och transportpolitisk målsättning att tillgängligheten till transportsystemet skall förbättras och att kollektivtrafiken bör göras tillgänglig för personer med funktionshinder senast 2010. Människor har olika behov och möjligheter att förflytta sig och insatser och färdmedel skall anpassas efter detta. Försöksverksamhet med komplement till färdtjänst ger kommunerna möjlighet att pröva ytterligare ett verktyg för att kunna möta människors olika behov av att förflytta sig.

– Elektromagnetiska fält och ohälsa

Frågan om hälsoeffekter behandlades i propositionen Svenska Miljömål – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004/05:150). Epidemiologiska data tyder på att exponeringen för lågfrekventa elektromagnetiska fält (ELF) från kraftledningar skulle kunna öka risken för cancer, framförallt för leukemi hos barn. En mycken liten del av barnleukemifallen (mindre än 0,5 procent) skulle kunna förklaras av denna exponering.

Den ökande användningen av telekommunikation och IT medför att allmänheten exponeras allt mer för ickejoniserande strålning i form av elektromagnetiska fält. På grundval av riktlinjer från den internationella strålskyddskommissionen för ickejoniserande strålning (ICNIRP) har EU givit ut rekommendationer om högsta tillåtna gränsvärden för exponering av elektromagnetiska fält. Dessa rekommendationer för allmänhetens exponering har införts i Sverige som allmänna råd från SSI. Den samlade bilden som forskningen inom området ger är att högfrekventa elektromagnetiska fält (EMF) inte leder till skadliga hälsoeffekter så länge gränsvärdena iakttas. Ny kunskap kan dock medföra att riskbedömningen behöver omprövas.

Vetenskapsrådet menar (Rapportserie 2004:6, dnr U2004/4274/F) att den svenska forskningen inom EMF-området med vissa undantag håller en tillfredsställande kvalitet. I flera fall är standarden hög och i något fall mycket hög. I den forskningspolitiska propositionen Forskning för ett bättre liv (prop. 2004/05:80) gör regeringen bedömningen att risker med elektromagnetiska fält är ett angeläget forskningsområde för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och att det är av stor betydelse att svensk forskning tar till vara den kompetens och den kunskap som genereras av forskare i andra länder.

Inom ramen för EU:s sjätte ramprogram finansieras EMF-NET som är ett brett internationellt samarbete där svenska forskare ingår och vars syfte är att sammanställa forskning inom området. Även WHO och ICNIRP följer forskningen om elektromagnetiska fält och dess eventuella hälsoeffekter.

På regeringens uppdrag har SSI sett över hur informationen till allmänheten kan ökas om strålning från mobiltelefoni. SSI har, baserat på WHO:s försiktighetsstrategi, vid mycket svag eller svag misstanke om risk, bl.a. informerat om olika sätt att minska exponeringen vid användande av mobiltelefoner. SSI har också inrättat ett vetenskapligt råd för att följa forskningsutvecklingen.

– Självordsförebyggande arbete

Utvecklingen av antalet självmord och självmordsförsök redovisas i avsnitt 3. Enligt FHI:s redovisning av HBT-personers hälsoläge (dnr S2005/10569/FH) är självmordsförsök dubbelt så vanliga bland homo- och/eller bisexuella personer jämfört med den övriga befolkningen. Självordstankar och självmordsförsök var särskilt vanligt bland unga homo- och eller bisexuella personer mellan 16–19 år. Hälften av de tillfrågade hade någon gång övervägt att ta sitt liv.

I april 2005 gav riksdagen regeringen tillkänna att den bör ta fram ett nationellt program för att förhindra självmord (SoU 2004/05:11). Riksdagen konstaterade att olika insatser gjorts i samhället, men anser att fler

åtgärder behövs för att förhindra självmord. Regeringen gav därför i juli 2005 FHI i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen, Statens räddningsverk m.fl. myndigheter arbeta fram underlag till en nationell handlingsplan mot självmord (dnr S2005/5776/FH). I uppdraget ingår att ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner. Redovisning av uppdraget skall ske senast den 15 december 2006. Med utgångspunkt i detta förslag avser regeringen att återkomma till riksdagen med förslag om en nationell handlingsplan mot självmord. Skr. 2005/06:205

4.6 Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Regeringens bedömning: Hälso- och sjukvården, inklusive tandvården och skolhälsovården, har stor betydelse för folkhälsan. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet som dess förmåga att skapa en vård med hög kvalitet och på lika villkor för hela befolkningen. Det är angeläget att huvudmännen fortsätter arbetet med att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet stärks med fokus på levnadsvanor som påverkar hälsa. Inom ramen för det fortsatta arbetet inför nästa folkhälsopolitiska skrivelse (se avsnitt 6.3) är det angeläget att bestämningsfaktorer och indikatorer identifieras inom detta målområde.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: *Socialstyrelsen* anser att de föreslagna bestämningsfaktorerna är viktiga i det fortsatta utvecklingsarbetet. Indikatorer behövs på såväl struktur- som process- och resultatnivå. Arbetet med att ta fram indikatorer bör koordineras med den indikatorutveckling inom hälso- och sjukvården som redan pågår nationellt och internationellt. *Socialstyrelsen* anser även att det bör övervägas om inte tandvården bör lyftas fram som en viktig bestämningsfaktor för hälsan.

Uppsala läns landsting anser att indikatorer för uppföljning skyndsamt måste tas fram, företrädesvis i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och nätverket Hälsofrämjande sjukhus. Även *Östergötlands läns landsting* anser att man bör ta tillvara den kunskap och erfarenhet som finns i nätverket Hälsofrämjande sjukhus. *Skåne läns landsting* anser att det är av stor vikt att indikatorer och datakällor utvecklas för målområde 6 och att hänsyn då tas till skillnader i arbetssätt mellan primärvård- och slutenvårdsverksamhet. *Västmanlands läns landsting* anser att nationella verksamhetsnära indikatorer behöver utvecklas.

Södermanlands läns landsting anser att det är angeläget att finna metoder hur hälso- och sjukvårdens styr- och ledningssystem kan byggas upp för att innehålla incitament för ett hälsoorienterat arbetssätt. Även *Jönköpings läns landsting* ställer sig bakom förslaget att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet stärks i sjukvårdens basarbete. *Läkarförbundet* anser att hälso- och sjukvårdens ersättningssystem måste byggas så att de skapar incitament för förebyggande arbete.

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande anser att HBT-kompetens Skr. 2005/06:205 bör finnas bland hälso- och sjukvårdens personal. Utan sådan kunskap riskerar HBT-personer att osynliggöras, bemötandet bli negativt och leda till att HBT-personer inte söker preventiv vård.

Skälen för regeringens bedömning

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. Enligt propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145) skall därför utgöra ett målområde.

Svensk hälso- och sjukvård håller en hög internationell standard inom flera områden och presterar väl jämfört med vården i andra länder. Den medicinska utvecklingen inom hälso- och sjukvården har medfört att förutsättningarna förbättrats för att åtgärda olika sjukdomstillstånd. Samtidigt som detta har medfört högre effektivitet och kvalitet i vården har vårdens beting ökat genom att allt fler patienter nu kan behandlas med gott resultat.

För flera sjukdomstillstånd kan förloppet påverkas inte bara med behandling utan även med förebyggande insatser. Flera viktiga faktorer påverkar hälso- och sjukvårdens förmåga att leva upp till sina mål och uppdrag. Styrning och uppföljning, resurser för förebyggande arbete, ersättningssystemens uppbyggnad, primärvårdens roll och utveckling samt professionernas inställning till det hälsofrämjande arbetet m.m. påverkar hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att nå det övergripande målet om en god hälsa i befolkningen. För att nå detta mål behövs både behandlande och förebyggande insatser från sjukvårdens sida. För möjligheten att i framtiden arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande har såväl hälso- och sjukvårdens struktur och arbetssätt som resurser för preventivt arbete stor betydelse. Det finns sedan länge väl uppbyggda strukturer och sjukdomsförebyggande verksamheter inom t.ex. mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar, tandvård och skolhälsovård. Det är angeläget att huvudmännen fortsätter arbetet med att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården och att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet stärks med fokus på levnadsvanor som påverkar hälsa.

Enligt den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU05, rskr. 2000/01:53) är en av de framtida förutsättningarna för hälso- och sjukvården att man på ett bättre sätt tar till vara möjligheter till förebyggande insatser. Den viktigaste uppgiften är att i patient- och anhörigkontakter systematiskt integrera förebyggande och hälsofrämjande aspekter.

Den hälsofrämjande insatsen handlar till stor del om att låta ett hälsofrämjande perspektiv prägla vårdens hela verksamhet. Detta perspektiv innebär en strävan efter att förbättra individens egenupplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalitet och utgår från en människosyn som ser patienten som medproducent av sin egen hälsa. Centralt är att, oavsett om det handlar om förebyggande insatser, behandling eller rehabilitering, se vad som krävs för att patienten skall kunna medverka i sin egen vård och att stärka hans eller hennes tilltro till sina egna resurser.

De sjukdomsförebyggande insatserna handlar om att minska risken för sjukdom. Enligt 2 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Inom tandvården skall enligt 3 § tandvårdslagen (1985:125) särskild vikt läggas vid förebyggande åtgärder.

Enligt riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97: SoU14, rskr. 1996/97:186) skall preventiva insatser ges hög prioritet. Sedan år 1996 utarbetar Socialstyrelsen riktlinjer för vård och behandling av patienter med svåra kroniska sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna skall även fungera som stöd i beslut om prioriteringar. De innehåller bl.a. en rangordning av åtgärder utifrån angelägenhetsgrad. I riktlinjerna för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) redovisas t.ex. en bedömning av olika åtgärders angelägenhetsgrad med hänsyn till evidens för effekt och kostnadseffektivitet. Kort rådgivning i rökfrågor (inkl. nikotinsubstitut) till personer som röker (oavsett om de har astma/KOL eller inte) bedöms som en av de mest angelägna åtgärderna – lika angelägen som akut omhändertagande av en patient med akut svår astma (rang 1 på en skala mellan 1 och 10 där 1 är högst). Samma bedömning av denna åtgärds angelägenhetsgrad återfinns i riktlinjerna för hjärtsjukvård. I de senare finns även åtgärden ”information om fysisk aktivitet, kost och övervikt vid patientmöte oberoende av kontaktorsak”, som ges rangen 3 på samma skala. Socialstyrelsen, som följer tillämpningen av riktlinjerna i hälso- och sjukvården, konstaterar att de på många håll uppfattas som viktiga verktyg för att följa upp och förbättra vården och anser att de bör infogas i huvudmännens uppdrag och beställningar till verksamheten.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården är kvalitetsorienterad i sitt arbetssätt. I kvalitetsbegreppet ligger bl.a. att vården i största möjliga utsträckning skall vara evidensbaserad, dvs. utformad i enlighet med bästa tillgängliga vetenskapliga underlag. För att säkerställa att vården skapar största möjliga nytta för såväl den enskilde som för samhället är det också viktigt att resultaten av de utförda behandlingarna systematiskt följs upp på individ-, grupp- och samhällsnivå. I kvalitetsbegreppet ligger också att varje patient skall kunna förvänta sig att få en individuell bedömning och en behandling som i så stor utsträckning som möjligt är anpassad för hans/hennes behov och förutsättningar.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Bestämningsfaktorer och indikatorer har ännu inte fastställts för detta målområde.

I den folkhälsopolitiska rapporten föreslår Statens folkhälsoinstitut (FHI) att hälso- och sjukvården som helhet bör uppmärksammas som en viktig bestämningsfaktor för hälsa och att ett nationellt system för uppföljning bör utvecklas i samarbete med de berörda aktörerna. Socialstyrelsen har påbörjat ett utvecklingsarbete för att ta fram nationella riktlinjer och indikatorer för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Socialstyrelsen har även regeringens uppdrag att, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, utarbeta nationella kvalitetsindikatorer som skall

spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården, samt att ta fram indikatorer som kan användas för att utvärdera hur primärvården fungerar i landsting och kommuner. Dessutom pågår ett arbete för att inventera kvalitetsindikatorer i de nationella kvalitetsregistren. Regeringen anser att det inom ramen för det fortsatta arbetet inför nästa folkhälso-politiska skrivelse (se avsnitt 6.3) är angeläget att bestämningsfaktorer och indikatorer identifieras inom detta målområde.

I den folkhälso-politiska rapporten har FHI preliminärt använt åtgärdbar dödlighet som indikator för att bedöma utvecklingen inom målområdet. Med åtgärdbar dödlighet menas dödlighet på grund av sådana sjukdoms-tillstånd som anses vara möjliga att påverka genom allmänna hälso-politiska åtgärder eller genom olika medicinska insatser. Den minskade dödligheten i åldern 1–74 år har under perioden 1987–2002 varit ungefär lika stor för övriga dödsorsaker som för den åtgärdbara dödligheten. Bland de nordiska länderna har Sverige lägst åtgärdbar dödlighet. Svenska studier som gjorts under senare delen av 1990-talet har visat på stora regionala men även socioekonomiska skillnader i åtgärdbar dödlighet för ett antal förebyggbara sjukdomar, t.ex. mellan yrkesverksamma och de som står utanför arbetsmarknaden, mellan personer med låg respektive hög utbildning liksom även skillnader mellan könen och mellan personer födda i Sverige eller utomlands.

Utveckling inom målområdet

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården (dnr S2005/7315/HS). Resultatet visar att övergripande formuleringar om folkhälsa eller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är mycket vanliga i landstingens styrdokument även om omfattningen varierar stort mellan olika landsting. Även förekomsten av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande rutiner och program vid vårdcentralerna varierar mellan landstingen. 64 procent av vårdcentralerna angav att man har rutiner eller program för hur personalen skall ta upp rökning i kontakten med patienterna. Därefter kommer fysisk aktivitet (48 procent), matvanor och övervikt (ca 45 procent), alkohol (30 procent) och stressrelaterade problem (21 procent). Socialstyrelsen konstaterar att vetenskapligt utvärderade metoder för stöd vid rökstopp och för att identifiera alkoholvanor inte har fått tillräckligt genomslag i vårdcentralernas rutiner och program och att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser sällan följs upp. En av Socialstyrelsens slutsatser är att de förebyggande metoder som är tillgängliga och som har vetenskapligt stöd bör användas i större utsträckning i hälso- och sjukvården än vad som görs i dag.

För att stödja utvecklingen av det alkoholförebyggande arbetet i primärvården och i företagshälsovården bidrar regeringen till finansieringen av det s.k. Riskbruksprojektet. Syftet med projektet är att utveckla material och metoder om riskbruk av alkohol samt att utbilda resurspersoner inom primärvården och företagshälsovården. År 2005 gav regeringen även landstingen möjlighet att ansöka om särskilda medel för att utveckla det alkoholförebyggande arbetet i primärvården. Sammanlagt erhöll landstingen ca 17 miljoner kronor för detta ändamål. Landstingen skall senast

den 30 april 2007 lämna en rapport till Socialdepartementet om projekten Skr. 2005/06:205 och medelsanvändningen.”

Sveriges Kommuner och Landsting stödjer utvecklingen inom detta målområde. År 2003 tog Landstingsförbundets kongress beslut om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting bidrar till utvecklingen bl.a. genom konferenser och seminarier. Styrelserna för Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet antog år 2005 en strategi för hur förbunden kan stödja medlemmarna i arbetet för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Under år 2004 genomfördes samtal mellan Landstingsförbundet och flera landstings ledningar om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och man har även kallat till samtal om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård ur ett kommunalt perspektiv.

Den nationella vårdgarantin, som infördes den 1 november 2005, omfattar all behandling inom landstingens planerade vård. Garantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling har fattats. Om landstinget inte klarar tidsgränsen skall patienterna få hjälp till vård i annat landsting inom garanterad tid. Samtidigt fortsätter satsningen på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Sammanlagt innebär detta en satsning på 1,95 miljarder kronor under år 2005 och 1,75 miljarder kronor per år från och med år 2006. Vårdgarantin bygger på en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet.

Staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har även träffat överenskommelser om primärvård och äldreomsorg samt psykiatri. Dessa innebär att det utvecklingsarbete som påbörjades inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården perioden 2001–2004 skall fortsätta. I 2006 års ekonomiska vårproposition föreslår regeringen en ny satsning med 250 miljoner kronor per år 2007 och 2008 för att förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin.

En barnkompetens i ständig utveckling är avgörande för att barns och ungas möte med hälso- och sjukvården skall bli så tryggt och odramatiskt som möjligt. Flertalet huvudmän och en rad andra aktörer arbetar aktivt för att anpassa hälso- och sjukvården för både föräldrar och deras barn, där man har utarbetat arbetsmetoder, rutiner och miljöer med syfte att tillvarata barns behov. Som ett led i regeringens strävan att ytterligare stärka insatserna för barn och unga tog Socialdepartementet i samarbete med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting under våren 2005 initiativ till en nationell konferens om hur barns och ungas särskilda behov inom vården bäst skall tillgodoses. Resultaten från konferensen kommer nu att utgöra ett underlag för regeringens vidare arbete på detta område.

Landstingen ansvarar för att barn och unga får en avgiftsfri, fullständig och regelbunden tandvård t.o.m. det år då de fyller 19 år. De statliga insatser som görs för barn och unga på tandvårdsområdet handlar i huvudsak om uppföljning av hur tandhälsan utvecklas i dessa åldersgrupper. I december 2005 tillkallades en särskild utredare (dir. 2005:136) med uppdrag att lägga fram förslag om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Stödet skall vara utformat så att det både främjar förebyggande insatser och ger ett tillfredsställande skydd mot höga kostnader. Uppdraget skall vara slutfört senast den 1 december 2006. I mars 2006 överlämnades delbetänkandet Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27).

Skr. 2005/06:205
Regeringen planerar, i linje med utredarens förslag, att införa ett nytt tandvårdsstöd för vuxna under år 2007. Stödet skall betalas ut för tandhälsobesök som bl.a. skall innehålla undersökning, hälsosamtal och viss förebyggande tandvård.

I den nationella handlingsplanen för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) lyfter regeringen fram hälsosamtal vid förebyggande hembesök som ett sätt för att förebygga ohälsa, påverka livsstilsfaktorer och riskfaktorer i den äldres omgivning, samt att tidigt upptäcka begynnande sjukdom. Det kan göras i olika former, vid besök på vårdcentralen, när distriktssköterskan är hemma hos hemsjukvårdspatienten eller mer generellt till en viss grupp eller till alla äldre. Regeringen framhåller i propositionen sin bedömning att det behövs medel till kommunerna för att förstärka deras förebyggande och hälsofrämjande arbete för äldre kvinnor och män, bl.a. i form av förebyggande hembesök. I 2006 års ekonomiska vårproposition (prop. 2005/06:100) anför regeringen att 150 miljoner kronor bör avsättas för att förstärka kommunernas förebyggande arbete åren 2007 och 2008.

Det är även angeläget att hälso- och sjukvården arbetar hälsofrämjande inom läkemedelsområdet för att t.ex. förebygga fallolyckor och ohälsa bland äldre på grund av felaktig medicinering. I 2006 års ekonomiska vårproposition har regeringen föreslagit att 600 miljoner kronor år 2006 och 1 miljard kronor per år 2007 respektive 2008 skall användas för att förbättra vården av de mest sjuka äldre. Resursförstärkningen skall bl.a. användas till läkemedelsgenomgångar.

Regeringen har i den nationella handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (skr. 2005/06:95) anført att ett aktivt arbete mot diskriminering är en förutsättning för att uppnå hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om att hela befolkningen skall ha tillgång till en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Enligt handlingsplanen avser regeringen därför att under perioden 2006–2009 vidta åtgärder för att motverka skillnader på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder när det gäller kvalitet och tillgång till hälso- och sjukvård.

Regeringens bedömning: Förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar gör att dessa på nytt kan bli allvarliga hot mot befolkningen i Sverige. Beredskapen inom området smittsamma sjukdomar bör även fortsättningsvis vara hög. Smittsamma sjukdomar är ett globalt problem varför ett nära samarbete inom såväl Europeiska unionen (EU) som internationellt är av stor vikt. Regeringen avser att fortsätta verka för att smittskyddsfrågor skall ges hög prioritet inom EU, Världshälsoorganisationen och Förenta nationerna.

Metoder och strategier för det löpande arbetet mot smittsamma sjukdomar bör även fortsättningsvis utvecklas. Sådana åtgärder rör bl.a.:

- insatser för att nå de grupper som löper störst risk att smittas av hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar,
- fortsatt utveckling av metoder för att följa säkerhet och täckningsgrad för de vaccinationer som ingår i vaccinationsprogrammen,
- fortsatt arbete för en ökad samverkan såväl inom EU som internationellt för att främja utveckling av kommersiellt ointressanta läkemedel samt
- insatser för att bevara möjligheten att använda antibiotika och motverka antimikrobiell resistens.

Beredskapen för en influensapandemi behöver utvecklas ytterligare. Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att lagra antivirala läkemedel. Behovet av vacciner mot influensa ökar om världen skulle drabbas av en influensapandemi. Den nuvarande globala produktionen av vacciner kommer inte att kunna täcka behovet. En särskild förhandlare har sett över möjligheterna att etablera vaccinproduktion i Sverige, i samarbete med en befintlig vaccinproducent. Frågan bereds vidare i samråd med övriga nordiska länder liksom med de baltiska staterna. Regeringen föreslår att det för år 2006 anslås 200 miljoner kronor för arbetet med att tillgodose vaccintillgången vid en pandemi.

Statens folkhälsoinstituts förslag

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Gott skydd mot smittspridning* har Statens folkhälsoinstitut (FHI) i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat tre bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt tre indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till ett politikområde.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Förekomst av smittämne	Incidensen av utvalda anmälningspliktiga sjukdomar (h)	Folkhälsopolitik
Förekomst av immunitet	Årliga uppföljningar av landets barnvaccinationsläge (h)	Folkhälsopolitik
Förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen	Årliga uppföljningar av förekomsten av antimikrobiell resistens (h)	Folkhälsopolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: När det gäller förekomst av smittämne anser *Smittskyddsinstitutet (SMI)* att den mest oroande inhemska utvecklingen just nu sannolikt är ökningen av tuberkulosfall. SMI anser att sjukvården bör få en ökad medvetenhet om sjukdomen så att de kliniska fall som utgör smittspridare identifieras så snart som möjligt. SMI bedömer vidare att Sverige globalt sett har ett väl fungerande anmälningsystem för smittsamma sjukdomar där de flesta fall av anmälningspliktiga sjukdomar rapporteras och att rapporterna evalueras inom rimlig tid.

Socialstyrelsen påpekar att man bör överväga att inkludera frivilligorganisationerna bland aktörerna eftersom de har en viktig roll när det gäller prevention mot sexuellt överförda sjukdomar i riskutsatta grupper.

SMI kommenterar att följsamheten när det gäller barnvaccinationsprogrammet har ökat efter nedgången i början på 2000-talet och att det förutom kikhosta anmäls mycket få sjukdomsfall. SMI framför att kikhostvaccinationen är relativt nyligen återinförd och att vaccinationsprogrammet i år har ändrats något för att minska incidensen. SMI anser att införandet av ett vaccinationsregister kommer att bli ett mycket viktigt instrument för att följa vaccinationstäckning, vaccinationseffekt och biverkningar på kort och lång sikt. Vidare menar SMI att hållbarheten av vaccinationsskydd när det gäller vaccinationer som införts under de senaste 30 åren inte är helt klar. Identifikation av fall, som ibland kan bli atypiska hos vaccinerade och seroepidemiologiska studier i olika åldersgrupper är därför viktiga åtgärder.

Socialstyrelsen ställer sig tveksam till att gå ut med en rekommendation om vaccination av sjukvårdspersonal eftersom vetenskaplig evidens, som styrker att vaccinerad personal i mindre utsträckning skulle utsätta sina patienter för smitta än icke vaccinerad personal, är bristfällig. *Socialstyrelsen* anser att det är osäkert vilken effekt införandet av kostnadsfri årlig vaccination mot influensa för personer över 65 år skulle få. Analys av landstingens influensavaccinationstäckning har visat att det inte finns något entydigt samband mellan andelen vaccinerade och avgiften för vaccineringen.

SMI anser att Sverige måste fortsätta arbetet mot antibiotikaresistens inom landet, men även globalt. Forskning för att hitta nya antibiotika och nya sätt att angripa bakterier måste stödjas. Även utvecklingen av resistent hivinfektion måste följas ytterst noggrant, nationellt och globalt, enligt SMI. Indikatorn Uppföljning av antimikrobiell resistens görs relativt tillfredställande, men SMI anser att ännu viktigare än övervakning just nu är kreativt nytänkande när det gäller hur vi skall kunna agera för att stoppa den snabba globala spridningen av resistent bakterier och hur vi skall kunna minska antalet antibiotikakrävande infektioner och förskrivningen

av antibiotika. Även vaccinnutveckling och införande av nya vaccin mot vissa bakterier kan vara en viktig del i bekämpningen av antibiotikaresistens, enligt SMI, genom att det minskar antalet antibiotikakrävande infektioner. Skr. 2005/06:205

När det gäller läkemedelsresistenta smittämnen skriver Socialstyrelsen att det har visat sig att det inte är importen av enstaka fall av bakterier resistenta mot antibiotika som är ett problem. Problem uppkommer när dessa bakterier på grund av brister i sjukvården får en möjlighet att spridas i Sverige. Förutom enstaka utbrott har förekomsten av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) stabiliserats efter det större utbrottet i Sverige under andra hälften av 1990-talet. Enligt Socialstyrelsen är det dock oroväckande att en ökande andel av MRSA-smittade blivit smittade trots att de inte varit i kontakt med sjukvården i Sverige eller utomlands.

Skälen för regeringens bedömning

Gott skydd mot smittspridning är av grundläggande betydelse för folkhälsan och skall utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. SoU7, rskr. 2002/03:145).

Övergripande insatser för målområdet som helhet

Ur ett internationellt perspektiv har Sverige ett gynnsamt läge när det gäller spridningen av smittsamma sjukdomar. Förekomsten av vissa sjukdomar ökar dock och risken för spridning från andra länder är större än tidigare. I takt med den ökade internationaliseringen och utbytet av varor och tjänster mellan länder måste beredskapen mot spridningen av smittsamma sjukdomar behålla en hög nivå. Det är därför viktigt med ett fördjupat samarbete inom smittskyddsområdet, såväl inom Europeiska unionen (EU) som internationellt. Förebyggande åtgärder är en förutsättning för att Sverige skall fortsätta att ha ett gott skydd mot smittspridning. Ett exempel är vaccinationsverksamheten, som är en av de mest kostnadseffektiva förebyggande insatserna inom folkhälsoområdet.

Den internationella utvecklingen av spridningen av allvarliga smittsamma sjukdomar kräver intensiv uppmärksamhet och handlingsberedskap. Ur ett internationellt perspektiv är situationen i Sverige gynnsam då den inhemska spridningen av mera allvarliga smittsamma sjukdomar är begränsad. Under de senaste tjugo åren har emellertid en rad oförutsedda problem tillkommit. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras, som till exempel sars, hivinfektion, legionella och blödarfeber. Vissa sjukdomar har återuppstått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt, till exempel utbrottet av sars och utbrotten av aggressiv fågelinfluensa under de senaste åren i bl.a. Sydostasien. Andra sjukdomar har utvecklat resistens mot läkemedel vilket försvårar en effektiv behandling. Det kraftigt ökade resandet och handeln i världen gör dessutom att nationsgränser allt mindre fungerar som hinder för smittspridning. Tillsammans utgör dessa faktorer ett hot mot folkhälsan såväl globalt som i Sverige.

– Smittskyddslagen

I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet har regeringen under 2003 presenterat proposition Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30). Syftet med den föreslagna lagstiftningen är att skapa bättre balans mellan befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar och den smittades integritet och rättssäkerhet. Vid behandlingen av propositionen den 31 mars 2004 har riksdagen i huvudsak beslutat att anta regeringens förslag (bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178). Den nya smittskyddslagen (2004:168) och övriga författningsändringar trädde i kraft den 1 juli 2004.

– Beredskap inom smittskyddsområdet

Regeringen har även tagit initiativ till en översyn av behovet av extraordinära smittskyddsåtgärder till följd av naturlig eller avsiktlig spridning av smittämnen. I april 2004 överlämnade regeringen propositionen Extraordinära smittskyddsåtgärder (prop. 2003/04:158) med förslag att komplettera smittskyddslagen med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder. Sedan riksdagen beslutat i enlighet med förslagen i propositionen (bet. 2004/05:SoU5, rskr. 2004/05:25) har lagändringarna trätt i kraft den 1 januari 2005.

Under perioden har ett arbete bedrivits med att utveckla Kunskapscentrum för mikrobiologisk beredskap (KCB). KCB är ett samarbete mellan Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), Statens veterinärmedicinska anstalt och Försvarsmakten. Utgångspunkten för en del av detta arbete utgörs bl.a. av de möjligheter som finns i det nya säkerhetslaboratoriet vid Smittskyddsinstitutet att hantera smittämnen som kräver högsta säkerhetsnivå. Därutöver har under senare år insatser vidtagits för att få till stånd en internationell epidemiologisk databas, en fältepidemiologisk insatsstyrka, en högisoleringsvårdavdelning i Linköping och en kapacitet för transport av högsmittsamma patienter.

Arbetet med krisberedskap har förstärkts under mandatperioden, bl.a. inom smittskyddsområdet. Det finns behov av en hög beredskap mot avsiktlig spridning av smittämnen. Likaså har risken för spridning av naturliga smittämnen återkommit i fokus till följd av uppkomsten av sars och de senaste årens utbrott av aggressiv fågelinfluensa.

Utbrottet av aggressiv fågelinfluensa i bl.a. Sydostasien har lett till att behovet av en väl fungerande beredskap för pandemisk spridning av influensa har uppmärksammat världen över. I mars 2005 presenterade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för beredskap mot pandemisk spridning av influensa. I handlingsplanen föreslås bl.a. att en nationell pandemigrupp inrättas, att ansvaret för information och kommunikation preciseras, att övervakningen av inträffade influensafall och att vaccinationstäckningen förbättras samt att landstingen bör hålla sig med vissa mindre lager av antivirala läkemedel. Socialstyrelsen konstaterar även att förutsättningarna för en samordnad upphandling av influensavaccin vid en pandemi behöver utredas vidare. Som stöd för den planering som landsting och kommuner behöver vidta inför en influensapandemi ingår i handlingsplanen ett underlag för regional planering.

Sedan handlingsplanen presenterades har regeringen vidtagit en rad åtgärder för att handlingsplanen skall kunna förverkligas. Den 23 mars 2005 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att köpa in antivirala

läkemedel för nationell beredskapslagring och den 7 april gavs Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett fördjupat underlag om förutsättningarna att vid pandemisk spridning av influensa säkerställa tillgången till influensavaccin.

Det normala smittskyddet har en avgörande betydelse för samhällets förmåga att hantera denna typ av påfrestning på samhället i fredstid. Till detta kommer frågor som rör tillgången till behövliga vaccin och läkemedel och hälso- och sjukvårdens förmåga att ställa om sin verksamhet under en allvarlig epidemi. Av avgörande betydelse är att alla aktörer i samhället, på såväl nationell, regional som lokal nivå, har en beredskap att handlägga de aspekter de är ansvariga för. Det är därmed viktigt att de olika sektorernas ansvarsområden är klart definierade. I budgetpropositionen för år 2006 tillför regeringen under perioden 2006–2008 extra resurser för att den nationella beredskapen vid utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar inom och utom landets gränser skall kunna stärkas.

Med stöd av 9 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168) förordnade regeringen den 2 mars 2006, att bestämmelserna i nämnda lag om sådana allmänfarliga sjukdomar som avses i bilaga 1 till lagen, skall tillämpas på fågelinfluensa (H5N1) från och med den 15 mars 2006. Föreskrifter som meddelats med stöd av 9 kap. 2 § smittskyddslagen skall snarast underställas riksdagens prövning. I propositionen Fågelinfluensa (H5N1) (prop. 2005/06:199) föreslår regeringen att riksdagen godkänner regeringens föreskrifter i förordningen (2006:137) om att bestämmelserna i smittskyddslagen om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på fågelinfluensa (H5N1) samt att fågelinfluensa (H5N1) skall föras in i smittskyddslagens bilaga över allmänfarliga sjukdomar. Propositionen överlämnades till riksdagen den 18 april 2006.

Samverkan inom Europeiska unionen (EU) och internationellt i frågor som rör spridning av biologiska ämnen är en förutsättning för att ett utbrott skall kunna förebyggas eller begränsas. Inom EU har en särskild kommissionsarbetsgrupp för frågor som rör hälsa och säkerhet inrättats, den s.k. hälsosäkerhetskommittén. Inom ramen för det nordiska ministerrådet sker en kontinuerlig samverkan i frågor som rör såväl biologiska ämnen som andra frågor som rör hälsoberedskap.

Vid Världshälsoförsamlingen år 2005, Världshälsoorganisationens (WHO) beslutande organ, uppmärksammades behovet för världens länder att intensifiera sina insatser för att förhindra spridning av pandemisk influensa och en resolution antogs. I resolutionen riktas bl.a. uppmaningar till WHO att stärka sina insatser samt till medlemsstaterna att utarbeta nationella handlingsplaner beträffande pandemisk influensa och att se över de nationella systemen för övervakning av influensa.

Under perioden har behovet av ökad samverkan i frågor som rör influensapandemiberedskap även varit föremål för diskussion på flera hälso-ministermöten inom EU. Inom hälsosäkerhetskommittén har bl.a. betydande insatser gjorts för att förbättra samordningen av medlemsstaternas nationella beredskapsplanering, bl.a. genom samarbete rörande de nationella beredskapsplanerna och framtagandet av en gemenskapens beredskapsplan för influensapandemier. Pandemiberedskap har även diskuterats inom flera arbetsgrupper i rådsstrukturen, bl.a. i arbetsgruppen för civil beredskap, hälsoarbetsgruppen samt i en särskild horisontell arbetsgrupp för fågelinfluensa och pandemisk influensa. EU:s nya smittskyddsmyndig-

het det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), har även arbetat aktivt med pandemiberedskap. Motsvarande insatser har vidtagits inom WHO:s Europaregion. Skr. 2005/06:205

Under Världshälsoförsamlingens möte år 2005 fattades beslut om att revidera det internationella hälsoreglementet (IHR). IHR är ett bindande instrument för alla medlemmar i WHO och har till syfte att säkra största möjliga skydd mot internationell spridning av smittsamma sjukdomar men med minsta möjliga påverkan av den internationella rörligheten och handeln. Det reviderade IHR, som kommer att träda i kraft år 2007, innebär att samtliga allvarliga hälsohot som kan få en internationell spridning omfattas av reglementet samt att det skapas ett mer effektivt system för att rapportera nya hälsohot som inträffar. Därigenom har ett globalt regelsystem skapats för hur allvarliga hälsohot som pandemisk spridning av influensa skall hanteras i framtiden. Beslutet innebär att det globala samarbete som dragits igång beträffande exempelvis sars och aggressiv fågelinfluensa nu ges en tydlig grundstruktur.

– Hiv/aids

Den globala spridningen av hiv/aids utgör ett växande socialt och ekonomiskt problem. Vid slutet av år 2005 uppskattade Förenta nationernas (FN) hivprogram, UNAIDS, att omkring 40 miljoner människor i världen lever med hiv. Mot bakgrund av denna utveckling har under senare år hiv/aids-epidemin hamnat högt på den internationella dagordningen. Regeringen har under mandatperioden fortsatt arbetet med uppföljning av den deklaration som år 2001 antogs vid den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling.

Hiv/aids är även en högt prioriterad fråga på den europeiska dagordningen och för samarbetet mellan EU och grannländerna. I september 2004 anordnades en ministerkonferens i Vilnius där ministrar från EU och från EU:s grannländer i öster träffades för att närmare diskutera möjligheterna att utöka samarbetet kring kampen mot hiv/aids. Ministrarna enades om en deklaration som nu ligger till grund för det arbetet.

– Det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar

I april 2004 fattade rådet och Europaparlamentet beslut om att inrätta ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC). Centrumet är placerat i Solna och är i drift sedan våren 2005. Centrumet har påbörjat arbetet med att bygga upp verksamhet kring sina huvuduppgifter vilka är epidemiologisk övervakning, tidig varning och tidiga åtgärder, vetenskapliga yttranden, teknisk assistans till medlemsstaterna och tredje land samt stöd och utveckling för EU-beredskap vid hälsohot. Centrumet kommer att verka i nära samarbete med den expertis som finns i medlemsstaterna. År 2007 förväntas myndighetens verksamhet vara fullt utbyggd.

– Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande

Insatser mot smittsamma sjukdomar har hög prioritet i det nordiska samarbetet. Inom ramen för EU:s nordliga dimension inrättades år 2003 Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande. Under de första två åren har Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande valt att huvudsak-

ligen fokusera på insatser för att bekämpa hiv/aids. Sverige var ordförande Skr. 2005/06:205 för samarbetet under 2004.

– Smittskyddsarbete inom EU och internationellt

Inom smittskyddsområdet arbetar regeringen kontinuerligt för att smittskyddsfrågor skall ges hög prioritet inom EU, WHO, FN och i andra organ. Uppgiften fullgörs i nära samarbete med berörda myndigheter. Syftet är att stärka samarbetet avseende smittsamma sjukdomar såväl inom EU och i närområdet som globalt.

– Samverkan om utveckling av kommersiellt ointressanta läkemedel

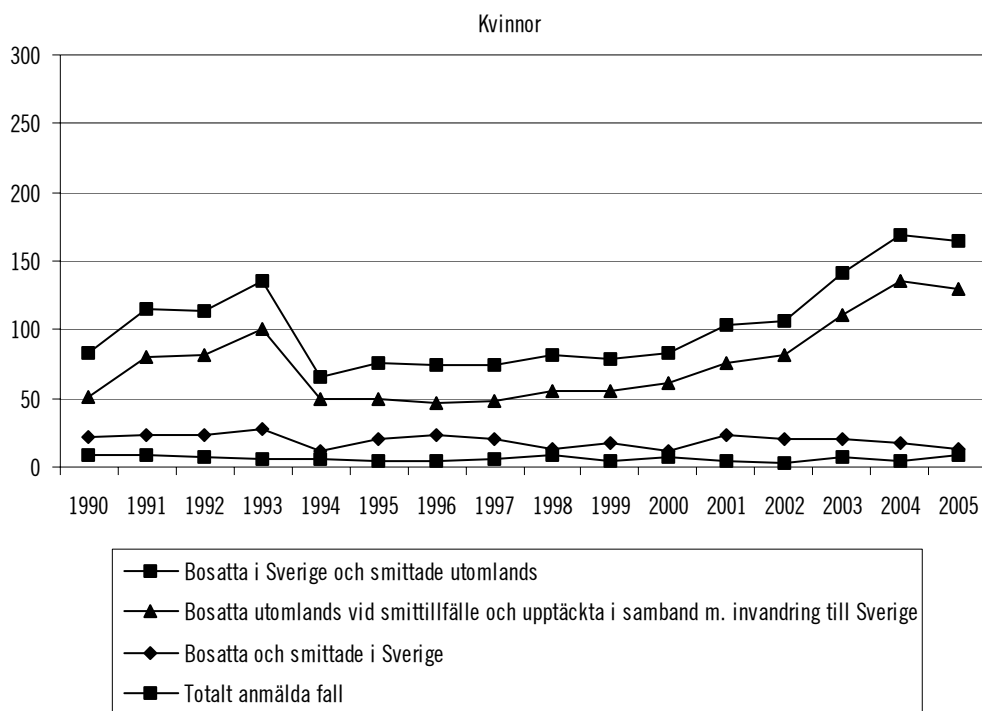
Forskningen kring hivvaccin är komplex och en stor del av forskningen utförs inom ramen för internationella samarbeten. På grund av de stora kostnader som läkemedelsutveckling innebär väljer läkemedelsindustrin många gånger att satsa på utveckling av mediciner som är kommersiellt intressanta och lönsamma under en lång period, som till exempel hjärtmediciner, och där inte en resistensutveckling hotar att snabbt göra läkemedlet ineffektivt och därmed olönsamt. Resistensproblematiken (se Förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen) är speciellt utmärkande för utvecklingen av nya antibakteriella läkemedel. Flera av de större läkemedelsföretagen har helt lagt ner sin forskning och utveckling inom antibiotikaområdet och det finns i dag svårigheter att hitta finansieringsformer för klinisk forskning för nya antibakteriella läkemedel. Förutom antibiotika utgör till exempel hivläkemedel och utvecklingen av hivvaccin exempel på kommersiellt ointressanta läkemedel, dvs. läkemedel där läkemedelsindustrin har små möjligheter att få igen sina investeringar. Samhället kan ha ett stort intresse av att vidareutveckla grundforskningsresultat till produkter också när det gäller kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter, till exempel hivvacciner och nya antibiotika. För produktion och vidareutveckling av sådana är det enligt regeringens mening viktigt att hitta olika sätt att närma politiska beslutsfattare och övriga berörda aktörer i arbetet. I enlighet med vad som angivits i proposition Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) och i proposition Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop.2005/06:50) undersöker regeringen aktivt, genom samverkan både inom EU och internationellt, möjligheterna för nya forsknings-, produktions- och handelsinitiativ samt nya former av finansiering och partnerskap mellan den privata och den offentliga sektorn.

Sverige tog tillsammans med Frankrike år 2002 initiativ till att skapa en internationell arbetsgrupp för globala nyttigheter (på engelska kallade Global Public Goods) där bl.a. frågan om kommersiellt ointressanta läkemedel behandlas. Arbetsgruppen för globala nyttigheter kommer att presentera sina slutsatser under hösten 2006. Sverige kommer att aktivt verka för att resultat och erfarenheter från arbetet i arbetsgruppen för globala gemensamma nyttigheter sprids i olika internationella sammanhang.

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Sambandet mellan förekomst av smittämne och hälsa är väl dokumenterat. Enligt WHO:s uppskattningar dog 14,9 miljoner människor (7,1 miljoner kvinnor och 7,8 miljoner män) i världen av infektionssjukdomar år 2002, vilket motsvarar 26 procent av den totala dödligheten det året. Det finns också ett tydligt samband mellan smittsamma ämnen och risken för cancer. Exempelvis bedöms hepatit B-infektion vara den näst vanligaste orsaken till cancer, efter tobaksbruk. Den globala spridningen av hiv/aids utgör ett mycket allvarligt hot mot den globala hälsoutvecklingen. Förenta nationernas (FN) hivprogram (UNAIDS) uppskattade i december 2005 att omkring 40 miljoner människor i världen lever med hivinfektion. Av dessa är 17,5 miljoner kvinnor och 22,5 miljoner män. Enligt UNAIDS:s beräkningar smittas ytterligare fem miljoner människor årligen och omkring tre miljoner avlider årligen i aids, en ökning av dödsfallen med nästan en miljon jämfört med i slutet av 1990-talet. Av alla hivinfekterade personer uppskattas 2,3 miljoner vara barn under 15 år, men långt fler barn världen över har indirekt drabbats av hivpidemin genom att föräldrarna insjuknat eller avlidit till följd av sjukdomen.

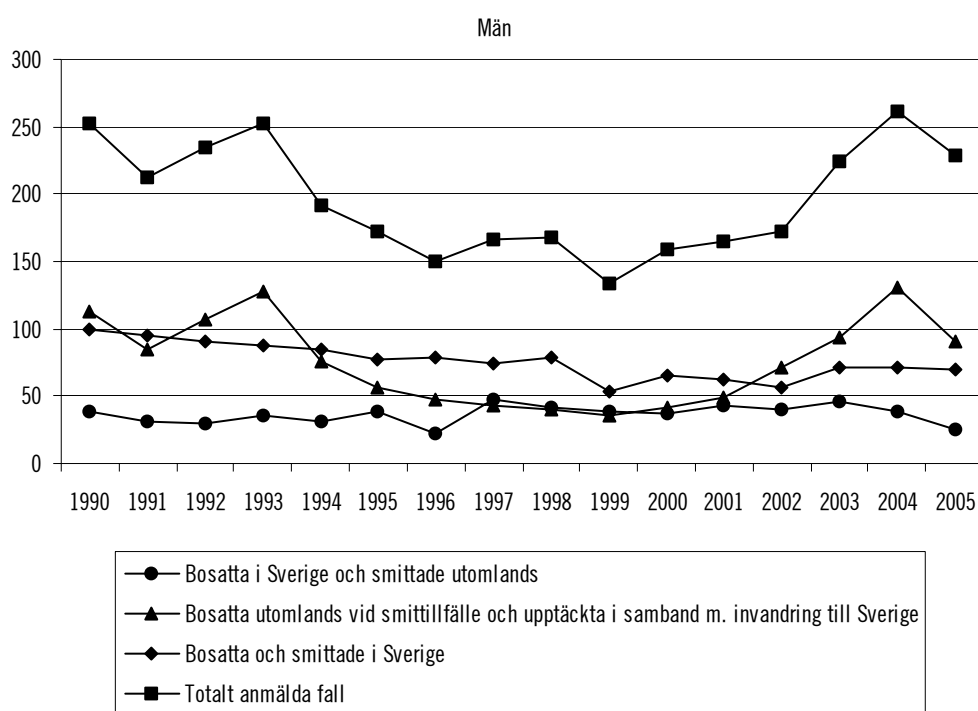
Figur 4.5 Antal nyanmälda fall av hivinfektion hos kvinnor per bostadsort och smittort vid smitta åren 1987–2004



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Figur 4.6 Antal nyanmälda fall av hivinfektion hos män per bostadsort och smittort vid smitta åren 1987–2004

Skr. 2005/06:205



Källa: Smittskyddsinstitutet.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Även om Sverige internationellt sett har en gynnsam situation när det gäller förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar visar indikatorn Incidensen av utvalda anmälningspliktiga sjukdomar en oroande utveckling av hiv- och klamydiainfektion i Sverige under de senaste åren (figur 4.5 och 4.6). Medan den svenska utvecklingen av hiv/aids alltmer präglas av personer som smittats innan ankomsten till Sverige, kännetecknas klamydiaepidemin av en inhemsk smittspridning bland tonåringar och unga vuxna. Under år 2004 anmäldes ca 32 000 fall med klamydiainfektion. Sexuellt risktagande och kondomanvändning har en avgörande betydelse för den fortsatta spridningen.

I Sverige diagnostiseras hivinfektion oftare bland män medan antalet rapporterade fall av klamydiainfektion är högre bland kvinnor. Att klamydiainfektion oftare diagnostiseras hos kvinnor beror på att kvinnor testar sig i betydligt högre utsträckning. Av de ca 430 000 personer som testade sig för klamydiainfektion år 2004 var 75 procent kvinnor. Kvinnor utgör också majoriteten av besökarna på ungdomsmottagningarna, som från början var inriktade på preventivmedelsrådgivning och abortförebyggande arbete.

När verksamheten för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförda infektioner utvecklades under 1980-talet blev det allt viktigare att även nå pojkarna. Pojkarna utgör i dag endast cirka tio procent av besökarna trots olika satsningar för att öka tillgängligheten för pojkar. För att nå unga män har Internetbaserad klamydiatestning prövats och utvärderats. Av de unga män som deltog i studien testade sig ca 40 procent,

den högsta beskrivna siffran hittills i internationell forskning för hem-sända urinprov. En majoritet av männen i bortfallet ansåg det onödigt att testa sig eftersom de inte trodde sig vara smittade. Skr. 2005/06:205

– Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

Regeringen fattade i december 2005 beslut om propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Riksdagen kommer att behandla propositionen under våren 2006. I propositionen föreslås en samlad strategi för samhällets insatser för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Strategin tar sin utgångspunkt i de utmaningar som samhället står inför vad gäller hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar och de åtaganden som återfinns i den deklaration som antogs i samband med den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling år 2001. Det långsiktiga förebyggande arbetet förblir grunden i den statliga satsningen inom området. Därutöver bör även insatser som i huvudsak rör epidemiologi och förebyggande arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt mer akuta insatser kunna vidtas. En större integrering av förebyggande och behandlande insatser bör eftersträvas i förhållande till det arbete som utförs inom närliggande områden.

Grunden för samhällets insatser utgörs enligt propositionen av den nationella folkhälsopolitiken och uppföljningen av det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet. Ett särskilt övergripande mål och tre delmål för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar föreslås. Det övergripande målet är att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde. Delmålen som föreslås är:

- antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige skall halveras till år 2016,
- hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare skall identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden inom sex månader, samt
- kunskapen om hiv/aids och om hur det är att leva med sjukdomen skall förbättras i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort.

För att möjliggöra en samlad uppföljning av de hivpreventiva insatser som sker inom statsbudgeten föreslog regeringen i budgetpropositionen för år 2006 (prop. 2005/06:1) att 90 miljoner kronor skall föras över från utgiftsområde 25, anslag 48:2 Bidrag till särskilda insatser inom vissa kommuner och landsting, till utgiftsområde 9, anslag 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Merparten av dessa medel skall användas till att betala ut vissa statsbidrag i enlighet med en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Bidraget bör huvudsakligen gå till insatser för att förebygga hiv/aids i storstadsregionerna men även insatser utanför storstadsregionerna bör kunna få bidrag. I den mån som det finns kopplingar mellan hivförebyggande insatser och insatser som syftar till att förebygga andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör även sådana insatser kunna omfattas.

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Tillgången till vaccin har och har haft stor betydelse för att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Vaccinationer är också en av de viktigaste och mest kostnadseffektiva interventionerna för folkhälsan. Sedan mitten av 1990-talet har de globala vaccinationskampanjerna nästintill utrotat polio och dramatiskt reducerat förekomsten av mässling och stelkramp.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Under de senaste två decennierna har dödligheten i infektionssjukdomar under uppväxtåren minskat. Förändringarna är tydligast i åldersgruppen 0–4 år. Antalet avlidna barn är lågt. Det är därför inte möjligt att beräkna halveringstakten.

Luftvägsinfektioner orsakar ett betydande antal dagar då små barn måste stanna hemma från förskolan och då socialförsäkringen utnyttjas. Statistik som belyser utvecklingen under de senaste två decennierna saknas dock.

Under perioden har flera effektiva vaccin tillkommit: vaccin mot mässling, röda hund, påssjuka och kikhosta samt vaccin mot *Haemophilus*-bakterier. Av alla barn vaccineras 90–99 procent med dessa vaccin. Vidare har både andelen ammade barn och andelen barn som växer upp i rökfri miljö ökat under perioden. Dessa förändringar kan alla ha bidragit till den gynnsamma utvecklingen när det gäller dödlighet i smittsamma sjukdomar bland barn. Den ökade risk för infektioner som vistelse i förskola medför har uppenbart haft mindre betydelse. Det saknas uppgifter om utveckling av hygienrutiner inom förskolan.

Socialstyrelsen utfärdar de rekommendationer som utgör Sveriges allmänna vaccinationsprogram (SOSFS 1999:18) och utövar tillsyn över vaccinationsverksamheten. Uppgifter om vaccinationstäckning lämnas från barnavårdscentraler och skolhälsovården till SMI som sammanställer uppgifterna och återrapporterar till barn- och skolhälsovården, smittskyddsläkarna och Socialstyrelsen. Dessa uppgifter ligger sedan till grund för bedömning av programmets effektivitet. Med beaktande av Socialstyrelsens allmänna råd, beslutar varje enskilt landsting (vaccinationer inom barnhälsovården) och kommun (vaccinationer inom skolhälsovården) om innehållet i och omfattningen av vaccinationsverksamheten. I de flesta län finns regionala rådgivande vaccinationsgrupper där smittskyddsläkaren har en viktig roll. Insatser för att stimulera människor i riskgrupperna att vaccinera sig mot influensa bör fortsätta så att täckningsgraden av dessa vaccinationer kan öka.

Utvecklingen av bestämningsfaktorn följs via indikatorn Årliga uppföljningar av landets barnvaccinationsläge. Sedan MPR-vaccination (mässling, påssjuka och röda hund) infördes i det allmänna barnvaccinationsprogrammet år 1982 har vaccinationstäckningen internationellt betraktat legat på en hög nivå. För att effekterna av allmänna vaccinationsprogram skall bli de önskade är det viktigt att ha en tillräckligt hög täckningsgrad. Ju fler i en befolkning som är motståndskraftiga mot en smittsam sjukdom desto svårare blir det för sjukdomen att spridas och till sist slutar sjukdomen att cirkulera. År 1999 noterades en markant nedgång av vaccina-

tionstäckningen till följd av publicerade studier om ett eventuellt samband mellan MPR-vaccination och autism. Vaccinationstäckningen av MPR-vaccination har dock åter stigit till över 90 procent, vilket bedöms som en tillräckligt hög täckningsgrad för att ge ett kollektivt skydd mot de aktuella sjukdomarna. Skr. 2005/06:205

Förekomsten av immunitet påverkas även av generella insatser inom smittskyddsområdet, vilka regeringen redogör för ovan under Övergripande insatser för målområdet som helhet.

Förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

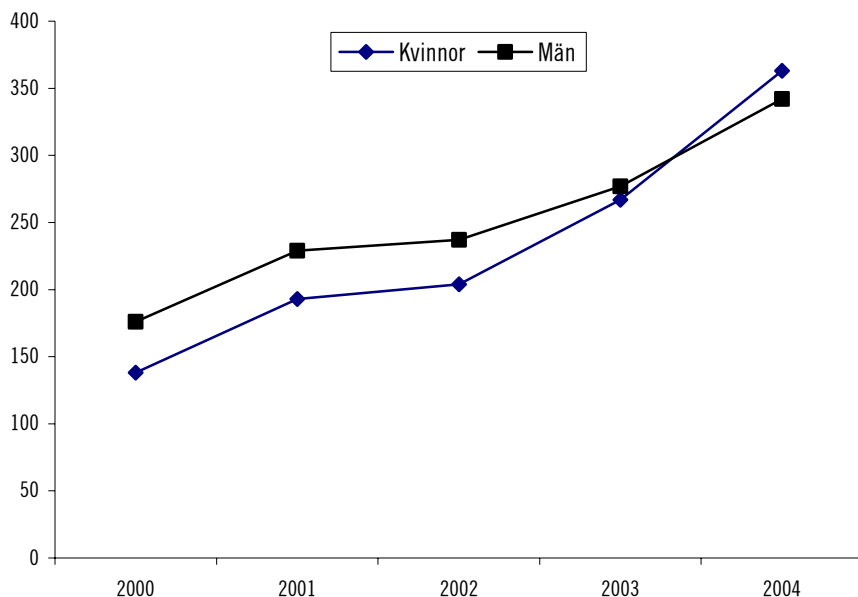
Uppkomsten av bakterier som är resistenta mot antibiotika och andra läkemedel har medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen och det finns tecken på en oroande utveckling i Sverige. Globalt finns i dag sjukdomsalstrande bakterier som är resistenta mot alla kända antibiotika. Ett exempel är läkemedelsresistenta tuberkulosstammar, som utgör ett tilltagande problem i världen. Följderna av antibiotikaresistens blir att en effektiv behandling försenas, vilket vid lindrig infektion kan försena tillfrisknande, och vid svårare infektionstillstånd även kan orsaka en ökad mortalitet. Trots att Sverige har ett gynnsamt läge kan importen av resistenta stammar, genom införsel via personer från länder med hög förekomst, komma att öka.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av bestämningsfaktorn följs med hjälp av indikatorn Årliga uppföljningar av förekomsten av antimikrobiell resistens. Sedan meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) blev en anmälningspliktig sjukdom år 2000 har antalet rapporterade fall i Sverige mer än fördubblats (figur 4.7). Då en stor andel av dessa infektioner inträffar inom sjukvården benämns de oftast som vårdrelaterade infektioner. Karaktäristiskt för sådana infektioner är att de väsentligen drabbar personer med nedsatt infektionsförsvar i såväl öppen- som slutenvård. MRSA är således mycket vanligare bland äldre.

Diagram 4.7 Antalet nyupptäckta fall av MRSA åren 2000–2004 redovisade per kön

Skr. 2005/06:205



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Konsekvenserna av smittsamma sjukdomar för äldre, till följd av ett nedsatt immunförsvar, är ofta mycket allvarliga. Den infektionssjukdom som särskilt drabbar äldre är den årligt återkommande influensan. WHO uppskattar att mellan tre och fem miljoner människor årligen drabbas av svårt sjukdomstillstånd till följd av influensa och att mellan 250 000 och 500 000 dör. I industriländerna kan de flesta dödsfall relateras till äldre över 65 år. I Sverige har man under de senaste åren registrerat mellan 1 000 och 4 500 fler dödsfall bland äldre årligen under tidsperioder då vi haft influensa än under motsvarande perioder utan influensa.

Virusinfektioner, som till exempel influensa, sprids lätt i samhället och kan, genom att immunförsvaret sätts ned av infektionen, bana väg för antibiotikakrävande och slutenvårdskrävande bakterieinfektioner. Inom slutenvården används antibiotika mer än i andra miljöer, trängseln är större och täta kontakter mellan individer, både personal och patienter, innebär ökad risk för överföring av bakterier, däribland resistenta bakterier. Patienter som vårdas på sjukhus är försvagade på grund av sitt sjukdomstillstånd och därmed mer mottagliga för infektioner än friska människor. Det är särskilt relevant för äldre som på grund av ålder har nedsatt immunförsvar. Många äldre personer som bor på särskilda boenden för äldre riskerar att i sin tur föra med sig smitta i form av resistenta bakterier tillbaka till äldreboendet när de återvänder efter en vistelse inom slutenvården.

Mot bakgrund av detta rekommenderar Socialstyrelsen sedan 1997 årlig vaccination mot influensa för personer över 65 år samt för patienter med kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom. Trots denna rekommendation uppskattas anslutningen i Sverige till endast 50 procent, vilket är lågt vid en internationell jämförelse. Skyddseffekten av vaccination hos äldre är över 50 procent. Vaccination minskar dessutom behovet av sjukhusvård för lunginflammation och total dödlighet i influensatider med upp till 70 procent.

- EU:s ministerråds rekommendation om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin Skr. 2005/06:205

Inom EU verkar Sverige för att rådets rekommendation från år 2001 om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin (2002/77/EG) får ett brett genomslag. Rekommendationen omfattar fyra områden: övervakning av resistensläget och antibiotikaförbrukning, förebyggande åtgärder, forskning och produktutveckling samt internationellt samarbete. I rekommendationen framförs att medlemsstaterna bör ta fram nationella strategier med syfte att begränsa ökningen av antibiotikaresistenta bakterier. Strategierna bör omfatta övervakning, utbildning, information, förebyggande och kontroll samt forskning. Rekommendationen innehåller också krav på att arbetet skall vara nationellt samordnat, att medlemsstaterna samarbetar med varandra och med kommissionen samt att regelbunden rapportering sker till kommissionen på begäran av denna.

- Resolution om åtgärder för att förbättra arbetet mot antimikrobiell resistens

Vid Världshälsoförsamlingens årliga möte i maj 2005 beslutades att godkänna den resolution om åtgärder för att förbättra arbetet mot antibiotikaresistens som Sverige tillsammans med de övriga nordiska länderna var initiativtagare till. Resolutionen uppmanar bl.a. medlemsländerna att säkerställa ett enhetligt och tvärsektorielt arbete för att motverka uppkomst och spridning av mikroorganismer som är motståndskraftiga mot antibiotika. Vidare uppmanar resolutionen Världshälsoorganisationen att aktivt stödja medlemsländerna i deras arbete mot antibiotikaresistens och att regelbundet återrapportera hur arbetet framskrider.

- Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar

Den 1 december 2005 fattade regeringen beslut om propositionen Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50). Riksdagen beslutade under mars 2006 i enlighet med förslagen i propositionen (bet. 2005/06:SoU13). Syftet med regeringens strategi mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar är att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika för att behandla bakterieinfektioner hos människor och djur. I strategin framhåller regeringen att kommuner och landsting har en särskilt viktig roll i arbetet för en god hygienisk standard och en rationell användning av antibiotika. Som stöd för deras arbete vill regeringen förtydliga kraven på en god hygienisk standard i hälso- och sjukvården samt tandvården. En annan viktig del i strategin är det internationella samarbetet. I Sverige är antibiotikaresistens inte lika vanligt som i många andra länder. För att hålla förekomsten av antibiotikaresistens på en låg nivå även i framtiden krävs internationellt samarbete för att få fler länder att arbeta för en mer säker användning av antibiotika. Genom att människor, djur och livsmedel i dag färdas över nationsgränser mer än någonsin tidigare, ökar dessutom risken för att resistenta bakterier sprids över världen. Antibiotikaresistens är alltså ett globalt problem för folkhälsan.

Insatserna i strategin har ett tvärsektorielt angreppssätt och inkluderar insatser inom humanmedicin och veterinärmedicin, icke-medicinsk använd-

ning av antibiotika inom jordbruks- och livsmedelssektorn samt insatser för att motverka miljökonsekvenser av antibiotikaanvändning. Strategin har en tydlig koppling till den nationella övergripande folkhälsopolitiken samt till EU-samarbetet och det internationella samarbetet på området. Skr. 2005/06:205

Förekomsten av läkemedelsresistenta smittämnen påverkas även av generella insatser inom smittskyddsområdet, vilka regeringen redogör för ovan under ”Övergripande insatser för målområdet som helhet” samt under ”Förekomst av immunitet”.

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

Regeringens bedömning: Ungdomars risktagande i sexuella relationer har ökat under senare år, vilket är en alarmerande utveckling. Det är angeläget att unga kvinnor och män ges stöd och undervisning när det gäller preventivmedelsanvändning och smittskydd. Ansvar för sexuell och reproduktiv hälsa skall vara gemensamt för båda könen.

Tidigt omhändertagande vid abort har utvecklats mycket gynnsamt under många år. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över vissa förutsättningar för abort vid tidig graviditet.

Sexuellt våld och tvång är ett mycket allvarligt samhällsproblem som utgör ett hot mot människors hälsa, välbefinnande och till och med liv. Att bekämpa denna form av våld prioriteras högt. Den 1 april 2005 trädde en ny skärpt sexualbrottslagstiftning i kraft. Flera åtgärder för bekämpning av mäns våld mot kvinnor har vidtagits.

Under arbetet med sitt befintliga uppdrag inför nästa folkhälspolitiska rapport bör Statens folkhälsoinstitut fortsätta analysera och vid behov vidareutveckla bestämningsfaktorer och indikatorer inom detta målområde.

Statens folkhälsoinstituts förslag

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna. Folkhälsoinstitutet har inte närmare kommenterat det vidare arbetet med bestämningsfaktorer och indikatorer.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa* har Statens folkhälsoinstitut (FHI) i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat tre bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt sex indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till fem olika politikområden.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Oskyddat sex	Antalet födselar och aborter/1 000 kvinnor 15–19 år (graviditetstalet) (h) Incidensen av klamydiainfektion i åldersgruppen 15–29 år (h) Kondomanvändning bland ungdomar 16–24 år A: använt kondom den senaste månaden B: haft samlag utan kondom ”första kvällen” under det senaste året	Utbildningspolitik Folkhälsopolitik Hälso- och sjukvårdspolitik
Tillgång till tidig abortdiagnos och behandling	Procentuell fördelning av verkställda aborter efter graviditetens längd, alla åldrar	Hälso- och sjukvårdspolitik
Sexuellt våld och tvång	Anmälda sexualbrott (alla åldrar), antal/100 000 inv. Anmälda våldtäktsbrott mot personer \geq 15 år, antal/100 000 invånare	Rättsväsende och kriminalpolitik Utbildningspolitik Hälso- och sjukvårdspolitik Jämställdhetspolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser betonar vikten av att ungdomsmottagningarnas verksamhet utvärderas och kvalitetssäkras. Exempelvis påpekar *Ungdomsstyrelsen* att ungdomsmottagningarna spelar en mycket central roll för många ungdomar. *Riksföreningen för skolskötare* är positiva till sex- och samlevnadsundervisning som en del av alla skolämnen, alltså något man inte kan välja bort. *Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)* anser att målområde 8 saknar ett hälsofrämjande perspektiv som lyfter fram sexualitetens livskvalitetsförhöjande och positiva funktioner.

RFSU anser att ett brett preventivt arbete genom sex- och samlevnadsundervisning i sig har förebyggande effekter på oönskade graviditeter och därigenom kan bidra till att sänka aborttalen. RFSU anser att aborttalet inte ingår som indikator, eftersom abort inte utgör en bestämningsfaktor för sexuell hälsa. RFSU menar att termen abortprevention inte bör användas i kommande rapporter.

RFSU anser att samhället bör vidareutveckla metoder för att förebygga, upptäcka och beivra sexuellt våld, liksom att stöd och behandling för utsatta skall förbättras. RFSU menar också att det är viktigt att förövare får obligatorisk behandling för att förebygga nya övergrepp. Vidare skall tillgång till kvinnojourer säkerställas och skolan skall ges resurser för att arbeta förebyggande mot sexuellt våld. RFSU anser att förslaget om allmän screening beträffande utsatthet för våld vid mödravårdscentraler bör förankras i forskning och att syftet med screeningen tydligare bör framgå. *Socialstyrelsen* anser att även ungdomsmottagningar bör bedriva screening gällande våld och att särskilda stödinsatser för riskutsatta kvinnor bör utvecklas. *Jämställdhetsombudsmannen* anser att även blivande pappor bör inkluderas i möten och annat arbete på mödrahälsovårdsmottagningar eftersom det kan underlätta screeningen om utsatthet för våld.

Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa är av grundläggande betydelse för folkhälsan och skall utgöra ett särskilt målområde (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

En trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa är fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld. Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar i stor utsträckning om att stärka unga kvinnors och mäns identitet och självkänsla samt att öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Sexuell hälsa är ett vitt begrepp som omfattar såväl könstillhörighet och sexuell läggning som sociala och psykologiska aspekter. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) definieras begreppet reproduktiv hälsa som ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv, förmågan att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och att få friska barn. Vidare förutsätter god reproduktiv hälsa enligt denna vedertagna definition kunskap om och tillgång till födelsekontroll och smittskydd samt säkra förhållanden under graviditet och förlossning.

Ur ett folkhälsoperspektiv är det särskilt angeläget att främja sexuell hälsa bland ungdomar, eftersom uppväxten lägger grunden för synen på och förutsättningarna för det fortsatta sexuallivet. Undervisning i sex och samlevnad av god kvalitet samt tillgänglig information och individuell rådgivning via ungdomsmottagningarna spelar därför en nyckelroll för ungas utveckling. Det är viktigt att också uppmärksamma bl.a. funktionshinderade flickors och pojkars situation. I Sverige råder en positiv och liberal syn på sexualitet, och här finns en lång tradition med sexualupplysning och acceptans av tonåringars rätt till ett sexualliv. Sexualiteten, som är en basal funktion och en naturlig drift, finns hos de flesta människor under hela livet. Studier har visat att den sexuella aktiviteten fortsätter allt högre upp i åldrarna i dag jämfört med för ca 30 år sedan. Förklaringar till trendförskjutningen kan vara att äldre i dag är vitalare och friskare, en annan att dagens samhälle har en mer öppen attityd till sexualitet. Samtidigt visar studier på en sämre hälsa hos homo- och bisexuella samt transpersoner (HBT-personer) i förhållande till den sammanlagda befolkningen.

Sexuellt överförda infektioner är ett av vår tids största folkhälsoproblem. Även om Sverige internationellt sett har en gynnsam situation när det gäller allvarliga smittsamma sjukdomar är utvecklingen av hiv och klamydia oroande, med en fördubbling av hiv under en femårsperiod och en kraftig ökning av klamydia under de senaste tio åren. Medan den svenska utvecklingen av hiv alltmer präglas av personer som smittats före ankomsten till Sverige, kännetecknas klamydiaepidemin av en inhemsk smittspridning bland tonåringar och unga vuxna. Trots sociala och kulturella förändringar i samhällets syn på sexualitet visar forskning att individer av båda könen fortfarande förväntar sig att kvinnorna bär huvudansvaret för att förhindra smittrisk och oönskade graviditeter.

De folkhälsopolitiska insatserna för att uppnå en trygg och säker sexualitet samt en god reproduktiv hälsa handlar främst om att stärka självförtroendet hos unga människor samt att garantera undervisning, individuell rådgivning och information om sex och samlevnad. Det gäller också att främja användning av preventivmedel samt att säkerställa möjligheter till

graviditetsdiagnos och eventuell abort i ett tidigt skede. Det är vidare mycket angeläget att bekämpa sexuellt våld och tvång, vilket medför fysiska, psykiska och reproduktiva hälsoproblem. Synen på jämställdhet och sexualitet i samhället är avgörande för om HBT-personer utsätts för diskriminering och om kvinnor utsätts för sexuellt tvång och våld. Det är också viktigt att främja ett gott sexualliv även för äldre. Ett öppet och tryggt förhållningssätt i samhället till sexualitet och reproduktion – på lika villkor är en viktig förutsättning för en god folkhälsa.

Oskyddat sex

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Oskyddat sex, dvs. sexuellt umgänge utan kondom eller annat preventivmedel, är den gemensamma orsaken till oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Att smittas av en sexuellt överförbar sjukdom och drabbas av komplikationer kan medföra allvarliga konsekvenser för hälsan. Komplikationer av klamydiainfektion för kvinnor innebär äggledarinflammation, utomkvedshavandeskap (graviditet utanför livmodern) och risk för infertilitet. Män kan drabbas av bitestikelinflammation med infertilitet som följd.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av bestämningsfaktorn oskyddat sex följs genom tre indikatorer: Antalet födslar och aborter (graviditetstalen) per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år, incidensen av klamydiainfektion i åldersgruppen 15–29 år samt kondom användning bland ungdomar i åldrarna 16–24 år.

Oönskade graviditeter i tonåren kan vara ett uttryck för brister när det gäller undervisning och information om sex och samlevnad, tillgänglighet av preventivmedel eller jämställdhet. Därför kan statistik på detta område användas för att bedöma den sexuella och reproduktiva hälsan i samhället. Graviditetstalen – dvs. summan av födslar och aborter inom tonårsgruppen – har sedan mitten av 1990-talet varit i stort sett oförändrade och legat på en relativt låg nivå. Antalet tonårsaborter har däremot ökat sedan år 1995. Ökningen av aborter bland tonåringar motsvaras av en nedgång i antalet födslar, vilket visar att andelen gravida tonåringar som valt att göra abort har ökat något under denna tidsperiod.

Antalet nyanmälda klamydiafall per 1 000 individer i åldrarna 15–29 år har ökat successivt efter att ha legat på en mycket låg nivå i mitten av 1990-talet. Utvecklingen av klamydia har flera orsaker. Graden av sexuellt risktagande och bristande kondom användning har dock en avgörande betydelse för den fortsatta spridningen, och flickor och pojkar är särskilt riskutsatta. Totalt sett rapporteras fler fall av klamydia bland kvinnor, vilket sannolikt beror på att en högre andel kvinnor testar sig.

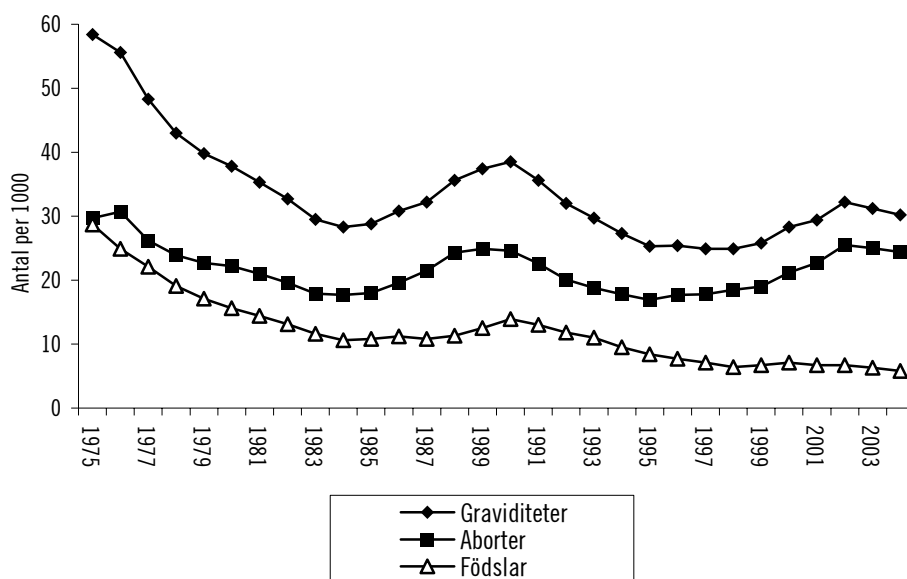
Medelåldern för det första samlaget har inte förändrats nämnvärt under den senaste tjugoårsperioden. Antalet sexualpartners i åldersgruppen har dock ökat och fler flickor och pojkar i åldern 16–24 år anser i dag att det inte är fel att ha samlag utanför fasta förhållanden. Andelen flickor och pojkar som använt kondom den senaste månaden visar ingen tydlig trend, men samlag utan kondom ”första kvällen” har blivit något vanligare. Detta kan tillsammans med att antalet partners ökat och mer tillåtande attityder

till sex utanför fasta förhållanden vara bakomliggande orsaker till den ökande förekomsten av klamydia. Skr. 2005/06:205

När det gäller sexuell hälsa bland HBT-personer rör forskningen framförallt homo- och bisexuella män. Kunskaper om riskbeteenden bland andra HBT-personer är således begränsade. Den har konstaterats att den sexuella hälsan bland män som har sex med män har försämrats, vilket visas av att det sedan slutet av 1990-talet har skett en ökning av sexuellt överförda infektioner som exempelvis gonorré och klamydia. Under 2000-talet har även syfilis börjat öka. Bakomliggande faktorer till denna utveckling är dels att rädslan för hiv har minskat, dels att många unga män som har sex med män inte har samma erfarenhet av hiv som den något äldre generationen. Det sexuella risktagandet har därigenom ökat.

Det finns ett samband mellan berusning och sexuellt risktagande. Undersökningar bland svenska skolungdomar i årskurs 9 visar att förekomsten av oskyddat och oönskat sex ökar tydligt med graden av alkoholkonsumtion.

Figur 4.8. Antal aborter, förlossningar och graviditeter per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år



Källa: Statens folkhälsoinstitut

– Nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

I december 2005 överlämnade regeringen propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60, se även avsnitt 4.7). Lagen träder i kraft den 1 juli 2006.

– Sex- och samlevnadsundervisning

Undervisningen i sex- och samlevnad i skolan är ett ämnesövergripande kunskapsområde. Regeringen har nyligen givit uppdrag för att lyfta fram och stärka undervisningen i sex och samlevnad.

I maj 2005 gav regeringen Skolverket i uppdrag att göra en översyn av målen i de olika kursplaner som rör kunskapsområdet sex- och samlevnad för grund- och gymnasieskolan samt att överväga hur kunskapsområdet tydligare kan lyftas fram i dessa dokument. Uppdraget skall genomföras efter samråd med Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning. Uppdraget har i den del som gäller gymnasieskolans kursplaner redovisats till regeringen i februari 2006. I delen gällande grundskolans kursplaner kommer redovisning att ske senast i november 2006.

I februari 2005 fick Myndigheten för skolutveckling ett uppdrag att uppmärksamma att det är femtio år sedan sex- och samlevnadsundervisningen blev obligatorisk i svenska skolor. Myndigheten har producerat skriften *Hela livet – 50 år med sex- och samlevnadsundervisningen* samt genomfört flera konferenser i landet. Insatserna skall stimulera till ett ökat kvalitetstänkande kring denna undervisning.

Tillgång till tidig abortdiagnos och behandling

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

En viktig förutsättning för kvinnors reproduktiva hälsa är möjlighet till abort. Abortlagen (1974:595) syftar till att förebygga oönskade graviditeter och aborter samt till att säkra abortsökande kvinnors rätt till säker medicinsk behandling och gott omhändertagande. Lagen har haft stor betydelse för kvinnors hälsa.

Vid tidig graviditet används som abortmetod antingen medicinsk abort (läkemedelsbehandling) eller kirurgisk abort (vakuumaspiration). Det är kvinnan som väljer vilken metod som skall användas, med undantag för de fall då det föreligger medicinska hinder för någon av metoderna. En medicinsk abort kan, till skillnad mot kirurgisk, bara genomföras fram till den nionde graviditetsveckan. Medicinsk abort är en relativt ny metod för att avbryta tidig graviditet. Användningen av medicinsk abort har medfört nya krav på korta väntetider, eftersom väntetider kan komma att påverka kvinnans valmöjlighet vad avser abortmetod.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av tillgång till tidig abortdiagnos och behandling följs genom indikatorn Procentuell fördelning av verkställda aborter efter graviditetens längd, alla åldrar.

Tidigt omhändertagande vid abort har utvecklats mycket gynnsamt under många år. För att minska risken för komplikationer bör aborten göras tidigt i graviditeten, och aborter i alla åldrar sker allt oftare under graviditetsvecka 4–7 (dvs. där kvinnan kan välja mellan medicinsk och kirurgisk abort). År 2004 uppgick den andel aborter som utfördes under graviditetsvecka 4–9 till 82 procent. Regionala skillnader föreligger dock i landet. Långtidsuppföljning av legal abort visar att majoriteten kvinnor och män inte mår dåligt eller ångrade aborten.

– Den svenska abortlagen

Abortlagen (1974:595) ger kvinnan möjlighet att på egen begäran få abort om den sker före utgången av graviditetsvecka 18. Abort senare under graviditeten får utföras endast om Socialstyrelsen lämnar kvinnan tillstånd

till åtgärden. Vid tidig graviditet används antingen kirurgisk eller medicinsk abort. Den övre tidsgränsen för kirurgisk abort är som regel graviditetsvecka 12 och för medicinsk abort vecka 9. Det är kvinnan som väljer vilken metod som skall användas om det inte finns medicinska hinder för någon av metoderna. Möjligheten att välja abortmetod kan ha bidragit till ökningen av andelen tidiga aborter. För att minska risken för komplikationer och för att verkställa kvinnornas abortbeslut är det av stor vikt att ingreppet genomförs utan dröjsmål.

– Abort vid tidig graviditet

Regeringen har den 9 februari 2006 gett Socialstyrelsen i uppdrag att inventera och sammanställa landstingens rekommendationer, prioriteringar och behandlingspraxis för abort vid tidig graviditet, dvs. medicinsk abort respektive kirurgisk abort (dnr S2006/1251/HS). Socialstyrelsen skall kartlägga eventuella väntetider i vården för abort vid tidig graviditet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att undersöka om det föreligger regionala skillnader mellan olika landsting. Socialstyrelsen skall vidare göra en konsekvensbedömning samt lämna förslag på eventuella åtgärder. Socialstyrelsen skall senast den 15 december 2006 redovisa resultatet av uppdraget.

– Utländska kvinnors rätt till abort

Abort eller avbrytande av havandeskap får utföras endast om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt i Sverige eller om Socialstyrelsen i annat fall av särskilda skäl lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden. Utredningen om utländska aborter (S 2003:10) har i sitt betänkande *Abort i Sverige* (SOU 2005:90) föreslagit en ändring i abortlagen (1974:595) som innebär att abort eller avbrytande av havandeskap skall få utföras utan prövning av särskilda skäl, även om kvinnan inte är svensk medborgare eller bosatt i Sverige. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet (dnr S2005/8625/HS).

Sexuellt våld och tvång

– Sambandet mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Sexuellt våld medför fysiska, psykiska och reproduktiva hälsoproblem. Konsekvenserna av detta våld är exempelvis frakturer, hjärtsjukdom, brännskador, syn- och hörselskador, underlivsinfektioner, självmord och död till följd av misshandel. De psykiska krisreaktionerna liknar dem vid posttraumatisk stress. Sexuella övergrepp i barn- och ungdomsåren är förknippade med psykosomatiska problem, ätstörningar, självmordsförsök eller andra självskadande handlingar samt extremt sexuellt risktagande. Även skolk och narkotikaerfarenhet är vanligare bland barn som utsatts för sexuella övergrepp.

Studier har visat att kvinnor som har utsatts för sexuellt tvång av den egna partnern i högre grad har sexuella problem än de som har tvingats av en okänd person. Misshandlade kvinnor känner ofta skuld och skam över att de inte bryter sig ur den destruktiva relationen och av rädsla för represalier från den misshandlande partnern. Våld och hot om våld är en djup integritetskränkning och många kvinnor genomgår en nedbrytande process. Människohandel av framförallt kvinnor och flickor samt prostitution

av kvinnor och flickor har under senare år uppmärksamrats som allvarliga jämställdhetsproblem. Folkhälsokonsekvenserna är i hög grad okända. Skr. 2005/06:205

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av sexuellt våld och tvång följs genom de två indikatorerna anmälda sexualbrott i alla åldrar och antal per 100 000 invånare respektive anmälda våldtäktsbrott mot personer som är minst 15 år, antal per 100 000 invånare.

Antalet anmälda fall av sexuellt våld och tvång har länge ökat i kriminalstatistiken, vilket delvis avspeglar en ökad anmälningbenägenhet. Mörkertalet kan dock antas vara stort. Under 1990-talet blev enligt kriminalstatistiken sexuella trakasserier allt vanligare. Antalet anmälda våldtäktsbrott har kontinuerligt ökat, framför allt inomhus. Under perioden 1990–2004 ökade enligt Brottsförebyggande rådet antalet anmälda våldtäktsbrott inomhus med ca 80 procent. Denna ökning kan dock delvis förklaras med ändrad lagstiftning. I åtta av tio våldtäktsfall är offer och förövare bekanta. Mäns våld mot kvinnor är vanligare i nära relationer än i fall där kvinnan och gärningsmannen inte känner varandra. Kunskapen om sexuellt våld och tvång när det gäller HBT-personer är begränsat och mörkertalet kan också här antas vara stort.

– Ny sexualbrottslagstiftning

Den 1 april 2005 trädde en ny sexualbrottslagstiftning i kraft genom ändringar i 6 kap. brottsbalken (1962:700). Syftet är dels att ytterligare förstärka och tydliggöra varje människas absoluta rätt till personlig och sexuell integritet och sexuellt självbestämmande, dels att på olika sätt lyfta fram och förstärka skyddet för barn och ungdomar mot att utsättas för sexuella kränkningar. Genom den nya lagstiftningen har bl.a. våldtäktsbrottet utvidgats genom att kravet på tvång satts lägre samt genom att de allvarligaste fallen av sexuellt utnyttjande har arbetats in i våldtäktsbestämmelsen. Vidare har det införts nya och särskilda straffbestämmelser för sexualbrott som riktar sig mot barn, till exempel våldtäkt mot barn och sexuellt övergrepp mot barn där det inte längre ställs något krav på att våld eller hot har använts vid övergreppet.

Genom införandet av en ny straffbestämmelse om utnyttjande av barn för sexuell posering har skyddet för barn och ungdomar mot att utnyttjas för sådant ändamål förstärkts ytterligare. Även förbudet mot köp av sexuella handlingar av barn har skärpts. För att ytterligare stärka barns möjligheter till upprättelse har också preskriptionstiden för vissa sexualbrott mot barn förlängts så att den börjar löpa först den dag då barnet fyller eller skulle ha fyllt 18 år.

– Bekämpning av mäns våld mot kvinnor

I arbetet för att motverka kvinnors utsatthet verkar regeringen inom flera olika politikområden. Regeringens arbete för att bekämpa mäns våld mot kvinnor behandlas i avsnitt 4.11.

– Övriga aktörer och insatser

Övriga insatser i syfte att förebygga sexuellt våld och tvång utgörs av fortsatta insatser för att främja jämställdhet mellan könen på alla områden i livet, insatser mot könsstympning av flickor och kvinnor, hedersrelaterat våld och prostitution. Andra viktiga insatser är lagen (1988:688) om besöksförbud samt lokala insatser för våldsdrabbade kvinnor inom hälso- och sjukvården, kommunerna och frivilligorganisationer, t.ex. kvinnojourer. Ekonomiska bidrag och utbildning ges till landsting, kommuner och frivilligorganisationer.

Fortsatt utveckling av bestämningsfaktorer och indikatorer

Regeringen anser, att de bestämningsfaktorer och indikatorer som Statens folkhälsoinstitut (FHI) har formulerat för målområde 8 *Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa* kan utvecklas vidare och breddas. Under arbetet med sitt befintliga uppdrag inför nästa folkhälsopolitiska rapport bör därför FHI fortsätta analysera och vid behov vidareutveckla bestämningsfaktorer och indikatorer inom detta målområde. Som möjliga indikatorer kan exempelvis följande fyra områden övervägas: möjligheten att välja medicinsk abort före den nionde graviditetsveckan, tidig upptäckt av sexuellt överförda sjukdomar samt flickor och pojkars undervisning i sex och samlevnad och tillgång till individuell rådgivning samt information.

4.9 Målområde 9 och 10: Ökad fysisk aktivitet och Goda matvanor och säkra livsmedel

Regeringens bedömning

Fysisk aktivitet

En ökning av den fysiska aktiviteten i befolkningen skulle medföra en kraftig förbättring av folkhälsan och minskade kostnader för samhället. Åtgärder som syftar till att aktivera de mest stillasittande grupperna har potentialen att utjämna sociala skillnader i hälsa. Alla politikområden som berör fysisk aktivitet behöver bidra till att främja fysisk aktivitet. Friluftspolitik är exempel på ett område med stor relevans för fysisk aktivitet men även andra områden behöver integreras och samordnas för att på sikt skapa en mer fysiskt aktiv livsstil.

Goda matvanor

Den negativa utvecklingen av kostvanor behöver brytas. Regeringen har givit relevanta myndigheter i uppdrag att utarbeta råd för maten i förskola/skola, på arbetsplatser och inom äldreomsorgen. Både inom Världshälsoorganisationen och Europeiska unionen ligger kostfrågorna högt på agendan och olika aktörer på alla nivåer, internationellt såväl som nationellt, arbetar för att främja goda matvanor. Arbetet är sektorsövergripande och långsiktigt med sikte på tidiga och medvetna insatser för att påverka den uppväxande generationen.

Energibalans

Det är allvarligt att andelen vuxna med fetma fördubblats sedan 1980, medan övervikten har ökat med 20 och 30 procent för män respektive kvinnor under samma tidsperiod. I dag är över hälften av männen och en tredjedel av kvinnorna överviktiga eller feta. Av barnen är 15–20 procent överviktiga, varav två till åtta procent är feta. Arbetet för att främja goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen bör fortsätta, på internationell, nationell, regional och lokal nivå såväl som inom den privata, offentliga och frivilliga sektorn.

Amningsfrekvens

Internationellt sett är amningsfrekvensen i Sverige hög och har ökat de senaste decennierna tack vare framgångsrikt främjandearbete. Det är viktigt att arbetet med att främja amning fortsätter och det behöver säkerställas att mödra-, förlossnings- och barnhälsovården erbjuder alla mammor stöd dvs. viktiga amningsfrämjande aktörer. Andelen barn som ammas i minst sex månader har legat stabilt kring 70 procent under perioden 1996–2001.

Livsmedelssäkerhet

De mångåriga aktiva förebyggande insatserna inom svenskt jordbruk har bidragit till att Sverige har säkra livsmedel. Livsmedelsbranschen är en av de viktigaste aktörerna och både en del av problemet med ohälsosamma matvanor och en del av lösningen. Det är angeläget att de effektiva insatserna för säkra livsmedel fortsätter. Dialogen mellan regeringen och livsmedelssektorns olika branschorganisationer behöver ständigt utvecklas i syfte att bidra med olika åtgärder till gagn för folkhälsan.

Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverkets förslag

Fysisk aktivitet

Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Livsmedelsverket (SLV) föreslår följande mål: Samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet i befolkningen. I Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen från FHI och SLV anser myndigheterna att ojämlikheterna i hälsa är omfattande och att en central del i folkhälsopolitiken är att minska dessa.

Goda matvanor

FHI och SLV föreslår följande mål: Samhället utformas så att det ger förutsättningar för goda matvanor i befolkningen. I underlaget till handlingsplan från FHI och SLV anser myndigheterna att ojämlikheterna i hälsa är omfattande och att en central del i folkhälsopolitiken är att minska dessa.

Energibalans, Amningsfrekvens, Livsmedelssäkerhet

Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

I Folkhälsopolitisk rapport 2005 knyter FHI fem bestämningsfaktorer till de två målområdena *Ökad fysisk aktivitet* respektive *Goda matvanor och säkra livsmedel*. FHI redogör för utvecklingen av de fem bestämningsfaktorerna med sammanlagt 14 indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI koppling till tolv olika politikområden. Jämfört med FHI:s sammanställning har regeringen funnit att även politikområdet Barnpolitik är väsentligt för bestämningsfaktorerna Fysisk aktivitet, Goda matvanor, Energibalans och Amningsfrekvens.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Fysisk aktivitet	Andelen vuxna som är fysiskt aktiva på minst måttligt intensiv nivå minst 30 minuter varje dag (h) Andelen vuxna med en stillasittande fritid Andelen elever med minst betyget godkänt i ämnet idrott och hälsa (i grundskolans år nio och i slutbetyget från gymnasieskolan) (h)	Folkhälsopolitik Arbetslivspolitik Arbetsmarknadspolitik Bostadspolitik Idrottspolitik Miljöpolitik Transportpolitik Utbildningspolitik Barnpolitik
Goda matvanor	Frukt/gröntkonsumtion (andel av den vuxna befolkningen som intar minst 500 g frukt och/eller grönsaker per dag) (h) Konsumtion av bakverk, läskedrycker, choklad och konfektyr	Livsmedelspolitik Folkhälsopolitik Hälsa- och sjukvårdspolitik Utbildningspolitik Konsumentpolitik Barnpolitik
Energibalans	Andel vuxna med övervikt i befolkningen (BMI 25–29,9) (h) Andel vuxna med fetma (BMI>30) i befolkningen (h) Andel ungdomar i åldern 16–24 år med undervikt, övervikt resp. fetma i befolkn. Andel äldre med undervikt, övervikt respektive fetma i befolkningen	Folkhälsopolitik Hälsa- och sjukvårdspolitik Livsmedelspolitik Konsumentpolitik Skattepolitik Barnpolitik
Amningsfrekvens	Andel barn som enbart ammas vid fyra respektive sex månaders ålder (h) Andel barn som enbart eller delvis ammas vid fyra respektive sex månaders ålder	Livsmedelspolitik Hälsa- och sjukvårdspolitik Konsumentpolitik Folkhälsopolitik Barnpolitik
Livsmedelssäkerhet	Incidens av rapporterade campylobacter- och salmonellainfektioner (h) Antal rapporterade dricksvattenburna utbrott i Sverige Halter av långlivade organiska ämnen i bröstmjölk	Livsmedelspolitik Miljöpolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har inte kommenterat målförslagen beträffande fysisk aktivitet, goda matvanor, energibalans, amningsfrekvens samt livsmedelssäkerhet.

Bland de specifika frågor som rönt mest uppmärksamhet hos remissinstanserna märks förslagen inom områdena folkhälsa, forskning och livsmedel. Beträffande de förslag som finns i Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket menar *Socialstyrelsen* att det blir ogörligt att följa upp samtliga föreslagna insatser och att man därför bör fokusera på de övergripande insatserna inom politikområdet folkhälsa. Närmiljön har uppmärksammats av remissinstanserna och *Konsumentföreningen i Stockholm* påpekar att det är stor skillnad på barnens aktiviteter i utsatta områden jämfört med medelklassområden. Därför är detta i högsta grad en jämlikhetsfråga och resurser till resurssvaga områden måste prioriteras. *Upplandsstiftelsen* påpekar skolgårdens betydelse för social och motorisk utveckling och menar att regeringen bör göra riktade insatser för att uppmuntra lärare att bedriva undervisning i den natur som omger skolan. Beträffande hur kommuner skall organisera och integrera frågor om matvanor och fysisk aktivitet med annat hälsofrämjande arbete påpekar *Sveriges Kommuner och Landsting* att det är varje kommuns eller landstings ansvar att besluta dels huruvida man vill engagera sig i vissa frågor, dels hur man skall organisera verksamheten för att uppnå uppsatta mål. *Konsumentverket* anser att ett förbud inom EU mot livsmedelsreklam riktad till barn skulle vara välkommet. Ett sådant förbud skulle skydda folkhälsan hos barn och unga. Förbudet skulle få betydligt större effekt om det dessutom kombineras med ett generellt förbud mot livsmedelsreklam i anslutning till barnprogram på TV. *Göteborgs universitet* respektive *Uppsala universitet* anser att ett förbud bör vara högprioriterat. Även *Lantbrukarnas Riksförbund* anser detsamma. Angående näringsvärdesdeklaration och kommissionens kommande revidering av direktivet om näringsvärdesdeklaration tillstyrker *Svensk dagligvaruhandel* detta förutsatt att märkningen är enkel och lättförståelig. Förslaget mottas positivt även av *Konsumentverket*, *Högskolan i Gävle*, *Lantbrukarnas Riksförbund*, *Konsumentföreningen Stockholm* och *Swedish Nutrition Foundation*. *Svensk Handel* stödjer förslaget men är tveksam till dess effekt eftersom många som läser näringsvärdesdeklarationerna har svårt att förstå dem.

Bakgrund

– Mat, motion och hälsa

Vad man äter och hur mycket man rör på sig har stor betydelse för hälsan. Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att 80 procent av hjärt-kärlsjukdomarna, 90 procent av diabetes typ 2 och 30 procent av all cancer kan förebyggas genom bra matvanor, tillräckligt med fysisk aktivitet och genom att sluta röka. Maten och våra matvanor påverkar vår hälsa, men fungerar också som kulturbärare, mötesplats och en källa till njutning. En riktigt sammansatt kost både främjar och bevarar en god hälsa och förebygger sjukdomar. Regelbunden fysisk aktivitet och träning kan reducera

och förebygga sjukdomar. Många studier visar att förändrade levnadsvanor kan ge positiva hälsoeffekter även högt upp i åldrarna.

De flesta konsumenter är i dag medvetna om betydelsen för hälsan av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Konsumtionen av frukt och grönsaker i befolkningen ökar men fortfarande äter vi i genomsnitt för lite grönt, för lite fibrer och för mycket socker och fett, särskilt mättat fett, för att det långsiktigt skall vara bra för hälsan.

Samtidigt lever många människor i dag i en miljö som uppmuntrar till stillasittande. Bristande fysisk aktivitet hänger samman med ökad förekomst av kroniska sjukdomar som hjärtinfarkt, högt blodtryck, vissa cancerformer, åldersdiabetes, benskörhet och övervikt. En ökning av den fysiska aktiviteten i befolkningen skulle medföra en kraftig förbättring av folkhälsan.

I ett globalt perspektiv är i dag fler personer överviktiga eller feta än undernärda. Över en miljard vuxna och barn världen över är numera överviktiga eller feta. WHO uppskattade år 2002 att övervikt orsakade sju respektive åtta procent av den totala sjukdomsördan, dvs. förlusten av friska levnadsår, hos män respektive kvinnor i europaregionen. Även i Sverige upplever vi en kraftig ökning av fetma som redan utgör ett stort hälsoproblem. I Sverige har andelen vuxna med fetma fördubblats sedan år 1980, medan övervikten har ökat med 20 respektive 30 procent för män respektive kvinnor under samma tidsperiod. I dag är över hälften av männen och 36 procent av kvinnorna överviktiga eller feta. Elva procent av männen och nio procent av kvinnorna är feta.

– Ökad tillgång på mat och mindre fysisk aktivitet

Skälet till problem med övervikt och fetma är, enkelt uttryckt, att vi äter mer och rör oss mindre än tidigare. En ökad tillgång till mat, särskilt energität mat, i kombination med sjunkande priser och högre inkomster bidrar till överkonsumtion. En mängd faktorer samverkar i utvecklingen av övervikt och fetma, såsom ärftliga, sociala, psykologiska, beteendemässiga och kulturella. Ökningen av övervikt och fetma under de senaste decennierna kan hänföras såväl till förhållanden utanför individens kontroll som till förändringar i livsstilen avseende vad vi äter och dricker och hur fysiskt aktiva vi är. Vardagsaktiviteten har minskat, vi rör oss allt mindre på arbetet, på fritiden och vid resor till och från arbete och skola.

– Övervikt och fetma ökar bland barn och unga

Data om barns vikt och längd visar i olika studier att 15–20 procent av barnen är överviktiga, varav 2–8 procent är feta. Resultat från olika studier tyder på att förekomsten av övervikt och fetma bland barn har ökat mellan två och fem gånger sedan mitten av 1980-talet, vilket speglar den internationella trenden. Fetma i barndomen är ett allvarligt hälsoproblem. Feta barn har ofta lågt självförtroende och mycket oftare psykiska problem jämfört med normalviktiga barn. De flesta har en eller flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar och därmed en förhöjd risk för dessa sjukdomar som vuxna. Andra studier har visat en signifikant förhöjd risk för astma bland feta barn och en ökad risk för typ 2-diabetes samt ortopediska och

andra problem, men här är det vetenskapliga stödet svagare. Risken att Skr. 2005/06:205 bära med sig tonårsfetma till vuxenlivet är hög.

– Sociala skillnader

Övervikt och fetma är betydligt vanligare bland barn och unga från lågutbildade familjer. Fetma och fetmarelaterade sjukdomar är bland de socialt mest ojämnt fördelade ohälsotillstånden, och trenden är att de sociala skillnaderna ökar. Sociala skillnader är synliga redan från förskoleåldern och fetma förekommer i högre utsträckning på landsbygden jämfört med staden. En studie bland 15-åriga flickor i Stockholm visade att en högre andel av ungdomar med invandrarbakgrund (4,4 procent) lider av fetma, jämfört med ungdomar med svensk bakgrund (2,8 procent). Bland 15-åringar i Stockholm är fetma dubbelt så vanligt bland pojkar respektive tre gånger så vanligt bland flickor med lågutbildade mödrar jämfört med de med högutbildade mödrar. Skillnaden på gruppnivå beror på en hög konsumtion av onyttig mat bland lågutbildade familjer och på mer TV-tittande. Alla åtgärder som kan förbättra matvanor och fysisk aktivitet bland socioekonomiskt svaga grupper har därmed stor potential att minska ojämlikheten i hälsa. Fortsatt utveckling av effektiva metoder för att förbättra levnadsvanor i grupper med lägre utbildning och inkomst är mycket viktig i förebyggande syfte.

– Fetmarelaterade sjukdomar är kostsamma

Kostnaderna för samhället för övervikt och fetma är omfattande. En studie från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund visar att ohälsosamma matvanor medför betydande kostnader för samhället. Fetmarelaterade sjukdomar uppskattades år 2004 kosta ca 3,6 miljarder kronor i direkta sjukvårdskostnader. Därtill kommer indirekta kostnader för produktionsbortfall som preliminärt kan uppskattas till ca 12,4 miljarder kronor.

– Samhällsförändringar av betydelse för fysisk aktivitet och matvanor

Den tekniska utvecklingen och ökad livsmedelsproduktion globalt i kombination med ekonomisk tillväxt har varit avgörande för bättre folkhälsa och ökad medellivslängd i hela världen. Samtidigt har dessa faktorer också bidragit till minskad fysisk aktivitet och förändrade matvanor. Faktorer som påverkar rörelsemönstret hos människor är bl.a. närheten till grönområden och faciliteter för fysisk aktivitet, tillgången till allmänna kommunikationer, förekomst av gång- och cykelbanor, trygghetskänsla m.m. Med ökad urbanisering, minskning av grönytor i städerna och ökad biltrafik krymper utrymmet för vardaglig fysisk aktivitet alltmer, speciellt bland barn och ungdomar men även bland äldre, för vilka närområdets utformning har stor betydelse för graden av fysisk aktivitet.

– Alltmer stillasittande

Energiförbrukningen har minskat kraftigt på grund av mindre fysiskt krävande arbetssysslor och fordonstransporter. Fysisk aktivitet utförs, jämfört med tidigare, i hög utsträckning som fritidssysselsättning. Närmiljöns betydelse för möjligheten till fysisk aktivitet har därför ökat. Bilismens framväxt, televisionens och datorns intåg och den tilltagande automatise-

ringen i arbetslivet ligger bakom den minskade användningen av mänsklig muskelkraft och därmed energiförbrukning. Trenden går mot mer stillasittande vilket måste kompenseras genom medveten vardags- och fritidsaktivitet för att tillgodose kroppens behov av rörelse.

– Utvecklingen i världen påverkar matvanor

”The nutrition transition” betecknar den process som länder genomgår när det sker en övergång från traditionell mat med relativt låg energitäthet till en västerländsk kost karakteriserad av ett högt intag av animaliska produkter, salt, mättat fett och socker. Utvecklingen världen över följer i stort sett samma mönster. Först ökar energiintaget, mest i form av vegetabiliska produkter och oljor (expansionseffekt). Sedan byts vegetabiliska kolhydratrika livsmedel ut mot proteinrika animaliska produkter och socker, vilket innebär ett högre fettintag, särskilt av mättat fett. Denna utveckling förklaras till stor del av den ”gröna revolutionen” med ökad livsmedelsproduktion, mer marknadsorienterad jordbrukssektor och därmed fallande matpriser. Samtidigt har köpkraften ökat hos konsumenterna.

Mer än 850 miljoner människor lider i dag brist på mat. Svårigheten med att uppnå FN:s millenniemål att halvera svälten fram till år 2015 beror inte på en global brist på mat. I de utvecklade länderna har den genomsnittliga tillgången på matenergi ökat från ca 2 900 kcal/dag till 3 400 kcal/dag sedan 1960-talet. I Europeiska unionen (EU) är den genomsnittliga tillgången i dag ca 3 500 kcal/dag, medan den i USA är 3 900 kcal/dag. Det dagliga energibehovet för en vuxen kvinna är 1 900–2 500 kcal/dag och för en man 2 500–3 200 kcal/dag beroende på nivån av fysisk aktivitet. Enligt Förenta nationernas (FN:s) livsmedels- och jordbruksorganisation (FAO:s) prognoser förväntas ytterligare ökning av energitillgången i alla regioner i världen fram till år 2030.

– Överproduktion av mat ett hot mot folkhälsan

Matpriserna har aldrig tidigare i historien varit så låga som i dag. Detta tack vare en enorm produktivitetsökning i jordbruket, vilket har möjliggjort för många människor att äta bättre mat och därmed förbättra sin hälsa. Övergången från energibrist till energiöverskott har gått snabbt i många länder med negativa följder för folkhälsan men även med positiva effekter för hälsan genom färre undernärda och mindre svält.

Genom bättre infrastruktur möjliggör urbaniseringen en ökad handel mellan länder med radikala förändringar i distribution och marknadsföring av livsmedel till följd. Detta innebär i sin tur att matvanorna blivit mer lika världen över. Sammanfattningsvis kan konstateras att å ena sidan är utvecklingen mot allt större livsmedelstillgång betryggande för svältande befolkningar och den växande mänsklighetens fortsatta existens. Å andra sidan innebär denna överproduktion av mat ett allvarligt hot mot folkhälsan och miljön. Det optimala ur ett samhällsperspektiv vore om livsmedelsproduktionen anpassades till en nivå som är förenlig med en hållbar utveckling.

Det ökade utbudet av livsmedel har också lett till en allt hårdare konkurrens mellan olika livsmedelsföretag. Detta medför att marknadsföringen av livsmedel, särskilt av energitäta och näringsfattiga produkter, har ökat i omfattning och sofistikerats. Detta leder inte enbart till att kon-

sumumenten väljer ett varumärke i stället för ett annat, utan bidrar också till Skr. 2005/06:205 att konsumtionen ökar totalt.

- Underlag till handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet i befolkningen

Mot bakgrund av utvecklingen som beskrivs ovan gav regeringen hösten 2003 Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Livsmedelsverket (SLV) i uppdrag att ta fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen (dnr S2005/1274/FH). Syftet var att identifiera förslag på vad aktörer på lokal, regional och nationell nivå samt aktörer inom offentlig, privat och ideell sektor kan göra för att bidra till att främja en god kosthållning och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. I uppdraget ingick att identifiera insatser på lokal, regional och nationell nivå samt att i framtagandet av underlaget samråda med berörda aktörer. Dessutom skulle mätbara mål tas fram för arbetet.

I februari 2005 avrapporterade FHI och SLV uppdraget till regeringen. I september samma år avrapporterade myndigheterna beräkningar av vad fetma och fetmarelaterade sjukdomar kostar samhället och vad det skulle kosta att genomföra insatserna som föreslås i underlaget. Underlaget innehåller 79 förslag till insatser inom 13 olika politikområden riktade till en mängd aktörer inom offentlig, privat och ideell sektor samt på lokal, regional och nationell nivå. Underlaget har remitterats till ett antal relevanta myndigheter och organisationer.

- Många aktörer i kampen mot övervikt och fetma

Den ökade förekomsten av övervikt och fetma riskerar att bli ett stort problem för folkhälsan och samhället. Förebyggande åtgärder måste sättas in på alla nivåer i samhället för att bryta den negativa utvecklingen. Samhällets ansvar handlar om att skapa förutsättningar för människor att göra hälsosamma val. Det skall vara enkelt att äta sunt och att vara fysiskt aktiv. FHI och SLV har gett en mängd förslag på vad alla aktörer, inklusive enskilda personer, tillsammans kan göra för att ta sitt ansvar att främja hälsan i befolkningen. Regeringen arbetar på olika nivåer och i många former vidare med att främja arbetet med att skapa goda kostvanor och ökad fysisk aktivitet. I regleringsbrevet för år 2006 har regeringen givit FHI, SLV, Socialstyrelsen samt Myndigheten för skolutveckling (MSU) ett antal uppdrag inom områden som rör kostvanor och fysisk aktivitet. Regeringen har även givit ytterligare uppdrag bl.a. att utarbeta råd för måltider inom skolan och på arbetsplatsen. I proposition Forskning för ett bättre liv (prop. 2004/05:80) tillfördes Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) fem miljoner kronor för forskning om hälsa relaterad till övervikt, kost och fysisk aktivitet.

- Insatser inom WHO, EU och Norden

På EU-nivån finns ett pågående arbete med kost- och motionsfrågor bl.a. i samband med EU:s grönbok om att främja goda kostvanor och motion: En europeisk dimension i arbetet för att förebygga övervikt, fetma och kroniska sjukdomar. Det är angeläget med en tydlig struktur där det klart framgår vad EU kan göra och vad medlemsstater kan göra och vad som förväntas av varje aktör. Syftet med en EU-strategi bör vara att komplettera de insatser

som kan beslutas på nationell nivå eller där ett EU-initiativ skulle förstärka de nationella insatserna. WHO håller i november 2006 en ministerkonferens om övervikt i Istanbul. Syftet med konferensen är framförallt att skapa politiskt ledarskap och sätta överviktsfrågorna på hälsodagordningen, främja internationellt och intersektoriellt samarbete samt öka medvetandet kring övervikt. Även inom Nordiska ministerrådet pågår en process inom kost- och motionsområdet med ett aktuellt förslag: Nordic Action Plan on better Health and Quality of life through diet and physical activity. Handlingsplanen är under beredning i samverkan mellan två ministerråd (Ministerrådet för livsmedel respektive Ministerrådet för social och hälsa).

Skälen för regeringens bedömning

Ökad fysisk aktivitet och *Goda matvanor och säkra livsmedel* är av grundläggande betydelse för folkhälsan och skall utgöra två särskilda målområden (prop. 2002/03:35, bet. SoU7, rskr. 2002/03:145).

Fysisk aktivitet

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Det är numera väletablerat att regelbunden fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på den fysiska och psykiska hälsan och på livskvaliteten. I dag rekommenderas minst 30 minuter måttligt intensiv fysisk aktivitet dagligen, för allmän hälsa och välbefinnande. En ökning av den fysiska aktiviteten i befolkningen skulle medföra en kraftigt förbättrad folkhälsa. Det finns även potential att utjämna sociala skillnader i hälsa, då fysisk aktivitet i likhet med många andra levnadsvanor är kopplad till levnadsvillkor.

Rekommendationen om minst 30 minuters måttligt intensiv fysisk aktivitet helst varje dag är framför allt grundad på effekten för hjärt-kärlhälsa. Den rekommenderade aktivitetsnivån underlättar viktkontroll, speciellt för den del av befolkningen som är relativt stillasittande. Särskilt stora vinster för folkhälsan kan uppnås då äldre och personer med stillasittande levnadsvanor stimuleras att bli fysiskt aktiva. Fysisk aktivitet hos barn bidrar till fysisk utveckling, upprätthållande av energibalans, välbefinnande, benhälsa och rörlighet. Samtidigt är fysisk aktivitet viktig för lek och rekreation, inläring av motoriska och sociala färdigheter och utvecklande av kreativ förmåga. Det rekommenderas att barn dagligen bör ägna 60 minuter åt måttligt intensiv fysisk aktivitet, varav två pass per vecka bör innehålla aktiviteter som anstränger kroppens skelettben, ger muskelstyrka och rörlighet.

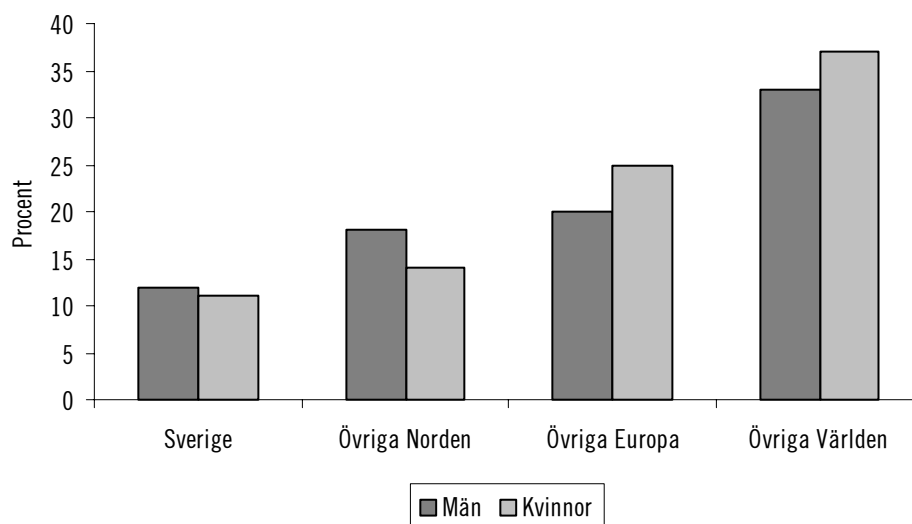
– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av bestämningsfaktorn följs via tre olika indikatorer. Data tyder på att högst hälften av den vuxna befolkningen är tillräckligt fysiskt aktiv ur hälsosynpunkt. I FHI:s rapport Nationella folkhälsoenkäten 2004 angav 58 procent av männen och 54 procent av kvinnorna att de är fysiskt aktiva på måttligt intensiv nivå minst 30 minuter per dag, medan 14 procent av båda könen angav att de är mestadels stillasittande på fritiden. En stillasittande fritid var dubbelt så vanlig bland kortutbildade jämfört med de som har lång utbildning och två till tre gånger vanligare bland per-

soner med utomnordiskt ursprung (figur 4.9). En ökad andel av befolkningen anger att de motionerar regelbundet. Trots det verkar den totala energiförbrukningen genom fysisk aktivitet ha minskat jämfört med tidigare årtionden. En förklaring till utvecklingen är stillasittande arbeten, mer bilåkning och ett ökat utbud av passiv underhållning på fritiden.

Vad gäller den tredje indikatorn, andelen elever med minst betyget godkänt i ämnet idrott och hälsa i grundskolans årskurs nio och i slutbetyget från gymnasieskolan, visar undersökningar på att det finns ett samband mellan betyget i idrott och hälsa och motionsvanor senare i livet. Under läsåren 1997/98–2003/04 hade i genomsnitt drygt 90 procent av alla elever godkänt i idrott och hälsa på grundskolan. Pojkar (94 procent) uppnår detta betyg i något högre grad än flickor (90,7 procent). I gymnasiet var motsvarande andel något högre. Bland elever med utomnordiskt ursprung, samt elever vars mödrar endast hade förgymnasial utbildning, uppnådde en lägre andel betyget godkänt. Skillnaderna var dock lägre bland gymnasieelever.

Figur 4.9. Andel personer i procent (18–64 år) med stillasittande fritid uppdelade efter födelseland, 2004. Åldersstandardiserade värden



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

– Fysisk aktivitet för kvinnor respektive män

Något fler män än kvinnor, 58 respektive 54 procent, är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag på sin fritid. Mest fysiskt aktiva är män mellan 18 och 29 år och mellan 65 och 84 år. Bland kvinnorna finns inga större skillnader relaterade till ålder. Kvinnor motionerar oregelbundet och måttligt medan män motionerar regelbundet och hårdare. Den ojämlika fördelningen av obetalt hemarbete mellan kvinnor och män kan ha betydelse för resultaten bland vuxna på olika sätt.

Det saknas i stor utsträckning forskning om orsakerna till fysisk inaktivitet bland svenskfödda män i arbetaryrken med låg inkomst och framförallt till den omfattande inaktiviteten bland utrikes födda, särskilt kvinnor födda utanför Europa. Utanförskap i form av arbetslöshet kan påverka

möjligheterna till fysisk aktivitet. Ekonomin försämras vilket försvårar Skr. 2005/06:205 möjligheter att ha råd med fysisk träning.

– Fysisk aktivitet relaterat till utbildning

Det finns endast små skillnader mellan grupper med olika utbildningslängd och yrke när det gäller fysisk aktivitet. Det visar statistik från FHI:s rapport Nationella folkhälsoenkät 2004. Män i arbetaryrken är något mer fysiskt aktiva (59 procent) än manliga tjänstemän på mellan- eller hög nivå (56 procent). Omvänt finns en större andel fysiskt aktiva kvinnor bland tjänstemän på mellan- och hög nivå än bland kvinnliga arbetare (56 respektive 53 procent). Enligt statistik från FHI:s nationella folkhälsoenkät 2004 finns det vissa skillnader mellan socioekonomiska grupper när det gäller andelen som uppger sig ha en stillasittande fritid. Det är t.ex. dubbelt så vanligt att de som har en kort utbildning sitter stilla på fritiden jämfört med dem som har en lång utbildning. Om inkomst och yrke kombineras är de sociala skillnaderna ännu tydligare.

– Motion och funktionshinder

Många kvinnor och män med funktionshinder motionerar inte i den utsträckning de skulle vilja eller behöva. Andelen som inte motionerar alls är mycket hög i några av grupperna med funktionshinder. Framför allt gäller detta de som är svårt rörelsehindrade, 62 procent, men även bland de som är beroende av stöd och service är det många, 43 procent. Detta kan jämföras med befolkningen som helhet (25–64 år) där 14 procent uppger att de inte motionerar.

Huvuddelen av den verksamhet som sker inom Svenska Handikappidrottsförbundet (SHIF) är folkhälsoidrott. Förbundets drygt 400 lokala föreningar arbetar i huvudsak med bredd- och motionsverksamhet för alla åldrar. Syftet är att genom motions- och idrottsaktiviteter förbättra individens fysik för att underlätta det dagliga livet. Vidare skapas genom umgänget i träningsgruppen och gemenskapen i föreningen nätverk som medverkar till att bryta isoleringen och stärka individens sociala tillvaro.

– Äldres motionsvanor

Många äldre kvinnor och män rör sig i för liten utsträckning. Även om data är något osäkra är en sannolik slutsats att högst en tredjedel av den äldre befolkningen är tillräckligt fysiskt aktiv från hälsosynpunkt. Fortfarande är inte infrastrukturen för gång- och cykeltrafik anpassad till gåendes, cyklisters och äldres behov. Gång- och cykeltrafiken har legat på i stort sett oförändrad nivå under de senaste 20 åren samtidigt som biltrafiken har ökat med ca 50 procent. Vägverket bedömer att gång- och cykeltrafiken kommer att minska med fyra procent till år 2010 medan biltrafiken förväntas öka med 29 procent under samma period. Länsstyrelsen i Västernorrland framhåller i remissomgången kring den folkhälsopolitiska rapporten att det är önskvärt med ökat fokus på goda utemiljöer kring äldreboenden.

– Fritidsvanor för barn och unga

Det saknas jämförbara uppgifter om barns och ungas fysiska aktivitet. De studier som har presenterats beskriver främst idrottsaktivitet. Statistiska centralbyråns (SCB:s) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) visar att andelen 16–24-åringar som idrottat inomhus och utomhus endast förändrats obetydligt under perioden 1982 till 1999. En studie av skolbarns träning, både organiserad och spontan, visar inte på några väsentliga förändringar mellan åren 1985 och 1993. Förändrad träning förefaller därför inte kunna förklara ökningen av fetma. När det gäller könsskillnader i fysisk aktivitet i unga år har skolan stor betydelse.

Under de senaste åren har stillasittande aktiviteter ökat i omfattning. En studie av skolbarn visar att andelen som tittar på TV minst två timmar per dag ökade mellan åren 1985–1986 och åren 2001–2002 från 44 till 67 procent och andelen som såg på TV minst fyra timmar per dag ökade från åtta till 18 procent. Det finns ett tydligt samband mellan TV-tittande och förekomst av fetma. Andra stillasittande aktiviteter kan bidra, exempelvis att läsa böcker, spela datorspel och använda Internet. Det saknas dock studier som klargör om dessa aktiviteter ökar risken för övervikt.

– Friluftspolitik och folkhälsa

Det finns en hel del kunskap om människors fritidsvanor och preferenser när det gäller fritiden. Friluftsliv, som ofta definieras som ”vistelse och fysisk aktivitet utomhus för att uppnå miljöombyte och naturupplevelser utan krav på prestation eller tävling”, är en av de vanligaste formerna för fysisk aktivitet. Forskning visar att närmiljön har en avgörande betydelse för om man är fysisk aktiv genom friluftsliv. Våra friluftsvanor är starkt kopplade till den fysiska planeringen, tillgången på bostadsnära natur och god tillgänglighet till denna. Eftersom levnadsvanor tenderar att grundläggas i tidiga år så bör särskild uppmärksamhet fästas vid de behov av närnatur som barnomsorgen och skolorna har. Sammantaget innebär detta att kommunerna har ett stort ansvar att i sin fysiska planering planera på ett sådant sätt att tillgången på närnatur tillgodoses.

I en undersökning om människors syn på skogen som publicerades under 2005 av Skogsstyrelsen uppger 80 procent av de tillfrågade att det är nödvändigt eller absolut nödvändigt för dem att komma ut i skog och mark. Det är mot bl.a. denna bakgrund som regeringen har understrukit beröringspunkterna mellan naturvårds- och friluftspolitiken å ena sidan och folkhälsopolitiken å den andra, särskilt beträffande målområdet *Ökad fysisk aktivitet*. Kopplingen till arbetet mot en hållbar utveckling bör också framhållas, dvs. friluftslivet har en stark koppling till den sociala dimensionen av hållbar utveckling.

Som framhållits tidigare av regeringen har friluftslivet därmed stor betydelse när det gäller möjligheterna att nå målen inom målområdet *Ökad fysisk aktivitet*. Friluftorganisationernas verksamhet är mot denna bakgrund mycket värdefull för samhället. Precis som när det gäller idrotten har samhället ett ansvar för att skapa goda förutsättningar för friluftorganisationerna och deras verksamhet, inte minst när det gäller barn och ungdomar. Särskilt viktiga är verksamheter som kan bidra till att utveckla långsiktigt intresse för fysisk aktivitet.

– Friluftspolitiken

Friluftspolitiken bidrar på flera sätt till ökad fysisk aktivitet och god folkhälsa. En viktig pusselbit är statens stöd till friluftorganisationerna, som nyligen stärkts och f.n. omfattar ca 25 miljoner kronor per år. Vidare har regeringen inrättat Friluftsrådet inom Naturvårdsverket i syfte att stärka och utveckla friluftslivet och samordna friluftsförådringar, naturvård och hälsofrämjande insatser med andra friluftorganisationer. Rådet fördelar även ovan nämnda stöd. Länsstyrelserna har fördelat medel under åren 2004 och 2005 för lokala naturvårdsprojekt och beslutat om statsbidrag till närmare tusen olika projekt. Drygt 400 av dessa har anknytning till friluftsliv.

– Medel till friluftslivet

Naturvård, friluftsliv, fysisk aktivitet och hälsa hör nära samman. Friluftslivet har potentialen att locka nya grupper. Under 2004 fördelades 15 miljoner kronor till landets friluftorganisationer. Härutöver fördelar Naturvårdsverket ekonomiska resurser till länsstyrelserna för skötsel och tillgängliggörande av skyddade naturområden. Cirka en tredjedel av dessa insatser rör friluftslivet. Friluftsrådet skall tillsammans med de många friluftorganisationerna på olika sätt stärka och utveckla friluftslivet och samordna friluftsförådringar, naturvård och hälsofrämjande insatser. Prioriterade projekt är bl.a. sådana som innehåller tydliga folkhälsoaspekter och riktar sig till barn och unga. Ideella friluftorganisationer kan även ha betydelse för att uppmuntra äldre kvinnor och män att bli mer aktiva utomhus.

Folkhälsoforskningen har visat att interventioner för att öka fysisk aktivitet i befolkningen är effektiva om de inriktas på att skapa en stödjande fysisk miljö. För år 2005 anslogs ytterligare tio miljoner kronor till friluftorganisationerna. Med stödet skapas goda möjligheter för att ännu fler människor kan utveckla ett livslångt intresse för hälsa, friluftsliv och naturvård.

Natur- och friluftsupplevelser och en rik varierad natur är en del av välfärden för alla. Regeringen har beslutat om en satsning på lokal och kommunal naturvård genom ett program för åren 2004 till 2006, som omfattar 300 miljoner kronor. Den kommunala översiktliga planeringen är till sin karaktär framåtsyftande, sektorsövergripande och skall se till helheten. Friluftplaneringen behöver på ett uttalat sätt ha människors behov och upplevelser i fokus, vilket understryker dess betydelse i folkhälsoarbetet.

– Handslaget

Regeringen genomför under mandatperioden en särskild satsning på idrotten, Handslaget mellan staten, kommunerna och idrottsrörelsen. Handslaget innebär att regeringen tillför idrottsrörelsen 1 miljard kronor under fyra år under förutsättning att idrottsrörelsen fortsätter och intensifierar sitt arbete för att nå nya grupper av främst barn och ungdomar, att hålla tillbaka avgifterna, att förbättra möjligheterna för flickors deltagande, att motverka droger samt att vidareutveckla samarbetet med skolorna. För år 2006 uppgår regeringens bidrag till idrottsrörelsen inom ramen för Handslaget till 400 miljoner kronor. Medel har även destinerats till aktiviteter under temat speciella insatser. Bland annat nämns aktiviteter som

syftar till att få med fler barn och ungdomar med funktionshinder i Skr. 2005/06:205 motions- och idrottsverksamhet.

– Läroplanerna

Under mandatperioden har regeringen ändrat läroplanerna så att skolan skall sträva efter att erbjuda daglig och regelbunden fysisk aktivitet inom ramen för den samlade skoldagen. Myndigheten för skolutveckling har fått i uppdrag att rapportera hur skolorna lyckas förverkliga målet om regelbunden fysisk aktivitet för varje elev. Myndigheten för skolutveckling vill även framhålla, inom ramen för remissomgången avseende den folkhälso-politiska rapporten, att fysisk aktivitet bör vara integrerat i flera olika ämnen, där varje lärare inom sitt ämne tar ansvar för att eleverna skall röra sig och vara fysiskt aktiva.

– Att främja fysisk aktivitet i skola och närmiljö för barn och unga

Regeringen inrättade år 2003 ett nationellt resurscentrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och unga vid Örebro universitet. Från den 1 maj 2006, benämns det Nationellt centrum för främjande av god hälsa hos barn och ungdom (NCFE). Den 1 mars 2006 beslutade regeringen att utöka centrets verksamhet till att även avse frågor om god kosthållning. Centrumets främsta uppgift är att stödja skolorna i deras arbete med att stimulera till ökad fysisk aktivitet, god kosthållning och andra hälsofrämjande aktiviteter. Den 4 maj 2006 fick centrumet i uppdrag att främja och utveckla dans i skolan. Centrumet skall också sprida erfarenheter och goda exempel från arbetet inom ämnena idrott och hälsa, hem- och konsumentkunskap och från andra insatser samt stödja och sprida forskning och utveckling.

Regeringen har gett FHI i uppdrag att påbörja ett tvärsektoriellt och långsiktigt utvecklingsarbete om den bebyggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet. I den bebyggda miljön ingår både allmänna inomhusmiljöer och utemiljöer i närheten av bostadsområden såsom skol- och förskolegårdar, trafikmiljön och anläggningar för rekreation och idrott. I uppdraget ingår bl.a. att undersöka vilka faktorer i närmiljön som främjar fysisk aktivitet hos barn, vuxna och äldre samt identifiera effektiva interventioner och informera om forskning och utvecklingsprojekt.

– Barns och ungas utemiljöer

Barnsäkerhetsdelegationen har i sitt betänkande Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling (SOU 2003:127) pekat på vikten av ett utvecklingsarbete för att höja kunskapen om lekbara miljöer och skapa en insikt i och förståelse för hur goda miljöer för lek kan skapas och förvaltas. Mot bakgrund av detta har regeringen tilldelat Movium, som är en centrumbildning inom Sveriges lantbruksuniversitet, det nationella samordningsansvaret för kunskapsutveckling och kunskaps-spridning rörande barns och ungas utemiljöer. Sveriges lantbruksuniversitet tillförs en miljon kronor årligen för detta samordningsansvar.

– Äldreinsatser

Regeringen framhöll i propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) att det behövs medel för att stimulera kommunernas förebyggande insatser för äldre t.ex. i form av förebyggande hembesök. Det är en viktig metod för att nå ut även till grupper som annars är svåra att nå med information om hälsa och livsstil, exempelvis om betydelsen av fysisk aktivitet. Den enskilde kan då få information om vilka möjligheter som finns i kommunen, som t.ex. seniorgymnastik, promenadgrupper etc.

– Fysisk aktivitet på recept

Inom hälso- och sjukvården har intresset ökat för fysisk aktivitet, mycket tack vare arbetet med fysisk aktivitet på recept (FaR) och fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) men det finns stora regionala skillnader. Utvärderingar av FaR är under publicering, resultaten är mycket positiva bl.a. när det gäller deltagarnas följsamhet och att vårdcentralerna ger alltfler recept på fysisk aktivitet. FaR är ett konkret exempel på en ny arbetsmodell för hur hälso- och sjukvården kan främja fysisk aktivitet. FHI har i samverkan med Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) tagit fram FYSS som innehåller rekommendationer för fysisk aktivitet kopplat till ett stort antal vanliga sjukdomstillstånd. FYSS är tänkt både som en allmän kunskapsbank med den senaste forskningen inom ämnesområdet, men också som ett stöd för vårdpersonal för att på ett bättre sätt än tidigare kunna förskriva FaR. För att FaR skall vara framgångsrikt behöver det finnas ett lokalt utbud av aktiviteter för människor i olika åldrar och med olika förutsättningar.

– Att utbilda ledare för fysisk aktivitet på recept

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) arbetar för närvarande med en systematisk kunskapsöversikt om metoder för att främja fysisk aktivitet, där bl.a. FaR ingår. Många landsting har tagit politiska beslut, startat utbildningar och satt upp särskilda organisationer för samarbetet mellan patient, hälso- och sjukvård och föreningslivet. Idrottsutbildarna (SISU) har tagit fram ett utbildningskoncept för idrottens organisationer. Riksidrottsförbundet (RF) och SISU genomför nu utbildningar för aktivitetsledarna, som skall ta emot personer med FaR. Föreningslivet har stor potential att bidra till genomförandet av FaR-program tack vare sin förankring i lokalsamhället och stora ledarresurser, men behovet av utbildning för att ta hand om vanligtvis stillasittande samhällsgrupper är stort.

– Idrottens roll i folkhälsoarbetet

Idrotten som folkrörelse är en annan viktig samhällsaktör och tillgång för folkhälsoarbetet. Riksidrottsförbundet (RF) har bildat Breddidrottsrådet, med ansvar för barn- och ungdomsidrott samt bredd- och motionsidrott. Idrotten är med sina ca tre miljoner medlemmar inklusive 500 000 ideella ledare och tränare, en viktig samhällsaktör och en tillgång för folkhälsoarbetet. Sveriges Pensionärsförbund menar, inom ramen för remissomgången avseende FHI:s Folkhälsopolitiska rapport 2005, att Riksidrottsförbundets breddidrott behöver öka sitt engagemang för äldre och utveckla för målgruppen lämpliga verksamheter. Riksidrottsförbundet menar, inom

samma remissomgång, att den enskildes ansvar när det gäller fysisk aktivitet också behöver tydliggöras. Skr. 2005/06:205

Svenska Handikappidrottsförbundet (SHIF) får del av det statliga lokala aktivitetsstödet (LOK-stödet) som inom idrottsrörelsen fördelas till föreningarnas barn- och ungdomsverksamhet. LOK-stödet till handikappidrotten har ingen åldersgräns på grund av att de flesta aktiva i förbundets verksamheter kommer in i föreningslivet i senare ålder då individens funktionshinder uppstår. Bidrag ges till ca 30 000 aktiviteter per år.

– Skogens roll för hälsan

Skogen kan ha en betydelse för att bidra till ökad hälsa. Eftersom skogen är lättillgänglig tack vare allemansrätten och täcker större delen av vårt lands yta kan skogen exempelvis användas vid rehabilitering av långtids-sjukskrivna. Skogsstyrelsen har genomfört flera projekt med denna inriktning. Ett sådant exempel är pilotprojekt "Rehab i skogen". Projektet innebär att långtidsjukskrivna erbjuds att i organiserad form delta i olika aktiviteter ute i skog och mark. Pilotprojektet genomfördes under hösten och vintern 2003 i Söderhamn tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsmiljöutveckling i Hälsingland AB och Söderhamns kommun.

Goda matvanor

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Fem av de tio största riskfaktorerna för sjuklighet och död i i-länder är direkt relaterade till matvanor: högt blodtryck, högt serumkolesterol, övervikt, lågt intag av frukt och grönt samt järnbrist. Ohälsosamma matvanor bidrar till hjärt-kärlsjukdom, cancer och typ 2-diabetes, övervikt och fetma. Typ 2-diabetes, högt blodtryck, blodfettsrubbingar, insulinresistens, bukfetma, hjärtinfarkt och stroke förekommer ofta tillsammans i det s.k. "metabola syndromet". Att äta mycket mättat fett och salt, för lite fibrer, frukt och grönsaker samt dricka mycket alkohol bidrar till hjärt-kärlsjukdom. Riskfaktorer för cancer är att äta lite frukt och grönsaker, dricka mycket alkohol, få i sig mögelgifter samt mycket salt.

Av Världshälsoorganisationens (WHO:s) rapport "The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life" framgår att låg konsumtion av frukt och grönt kan förklara följande andelar av sjukdomsbördan i Europa: ischemisk hjärtsjukdom 28 procent, slaganfall 18 procent, matstrupscancer 17 procent, mag-tarmcancer 20 procent och cancer i luftstrupe/bronker/lungor 11 procent.

– EU-nivån

EU:s jordbrukspolitik, CAP, påverkar både produktion, pris och till viss del marknadsföringen av mat, dvs. både utbud och efterfrågan, som alla är viktiga bestämningsfaktorer för matvanor. Jordbrukspolitik är således ett centralt politikområde för kostfrågor. Tillgänglighet är en viktig bestämningsfaktor för matvanor, som i sin tur är starkt beroende av jordbrukspolitik.

- Nordiska ministerrådet

Nordiska näringsrekommendationer utfärdas av Nordiska ministerrådet efter utarbetande av nordiska forskare och företrädare för myndigheter.

- Angelägna förändringar av matvanor

De viktigaste förändringarna av matvanorna från folkhälsosynpunkt är att:

- fördubbla konsumtionen av frukt och grönsaker.
- fördubbla konsumtionen av bröd, främst fullkorn.
- byta till flytande matfetter och olja i matlagning.
- välja nyckelhålmärkta mejeri- och charkuteriprodukter.
- fördubbla konsumtionen av fisk.
- halvera intaget av salt.
- halvera konsumtionen av sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker.

(Ur FHI:s och SLV:s Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen [dnr S2005/1274/FH]).

- Nyckelhålmärkt mat

Avseende målet att öka konsumtionen av nyckelhålmärkt mat tar nyckelhålet, SLV:s symbol för magert och fiberrikt, sikte på att hjälpa konsumenterna att finna de livsmedelsprodukter som bidrar till att förbättra matvanorna i den önskvärda riktningen – mindre fett, salt och socker och mer fibrer. Nya kriterier för nyckelhålmärkningen började gälla den 1 juni 2005. De nya kriterierna gör det möjligt att också märka naturligt magra och fiberrika produkter som t.ex. frukt, bär, grönsaker, kött och fisk. SLV kommer att på olika sätt göra det ”nya” nyckelhålet känt bland konsumenterna, både i hushållen, i den offentliga konsumtionen och i storkök. Enligt propositionen Trygga konsumenter som handlar hållbart – Konsumentpolitikens mål och inriktning (prop. (2005/06:105) avser regeringen att undersöka formerna för hur valet av nyckelhålmärkta luncher kan stimuleras.

- Näringsvärdesdeklarationer om fettinnehåll underlättar för konsumenten

Enligt Europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhets (EFSA:s) utvärdering av transfetters effekter på hälsan konstaterades att vi äter tio gånger mer av de mättade fetterna än transfetter. I Sverige har användningen av härdade fetter minskat sedan år 1995. Livsmedelsverket anser att andelen mättat fett och transfett i kosten bör fortsätta att minska, vilket är i enlighet med de svenska näringsrekommendationerna. Av den energi som finns i maten, står transfetter för 1 energiprocent och mättat fett för 14–15 energiprocent. Transfetter, liksom mättat fett, höjer det kolesterol som ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Det är alltså det mättade fett som är det huvudsakliga hälsoproblemet och vars totalmängd bör minska i den dagliga kosten. Man bör alltså välja fettråvaror med en hög andel omättat fett eller minska på intaget av det mättade fett eftersom det är ohälsosamt. Dock har slutligen varje konsument ett ansvar att försöka hålla intaget av fett på en lämplig nivå. Med tydliga näringsvärdesdeklarationer kan konsumenten göra välgrundade val.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av bestämningsfaktorn följs genom två indikatorer: andelen av den vuxna befolkningen som intar minst 500 g frukt och/eller grönsaker per dag samt konsumtion av bakverk, läsk, choklad och konfektyr. Trots att konsumtionen av frukt och/eller grönsaker har ökat något under senare år rapporterar endast tolv procent av kvinnorna och fyra procent av männen i åldern 18–84 år att de äter motsvarande 500 gram frukt/grönt per dag (2004). Kvinnorna har bättre frukt- och grönsaksvanor än männen i alla åldersgrupper. Att äta väldigt litet frukt och grönsaker är vanligast i åldern 18–29 år (figur 4.10).

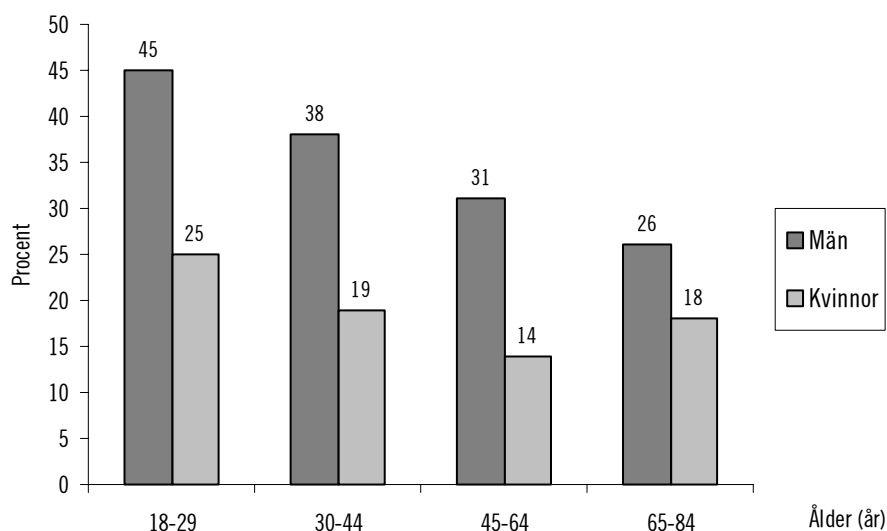
Jordbruksverkets årliga statistik över hushållens direktkonsumtion av vissa livsmedelsgrupper visar att energiinnehållet i kosten ökade från 2937 kcal (12,3 MJ) till 3081 kcal (12,9 MJ) per person och dag under åren 1980–2002. En allt mindre andel av energin kom från fett och en ökande andel från protein och kolhydrater. Vi konsumerar mycket mer bakverk, läskedrycker, choklad och konfektyrvaror, men mindre rent socker och sirap. Statistiken är inte individbaserad och därför inte möjlig att använda för att spegla skillnader mellan individer eller grupper.

Bland Livsmedelsverkets mål finns bl.a. bra matvanor och god nutritionsstatus i hela befolkningen särskilt hos barn och ungdomar. Verket gör även utredningar och vetenskapliga studier om livsmedel och matvanor samt utbildar och informerar konsumenter, intressenter i livsmedelskedjan och professionella. Livsmedelsverket utarbetar näringsrekommendationer i samarbete med nordiska kolleger.

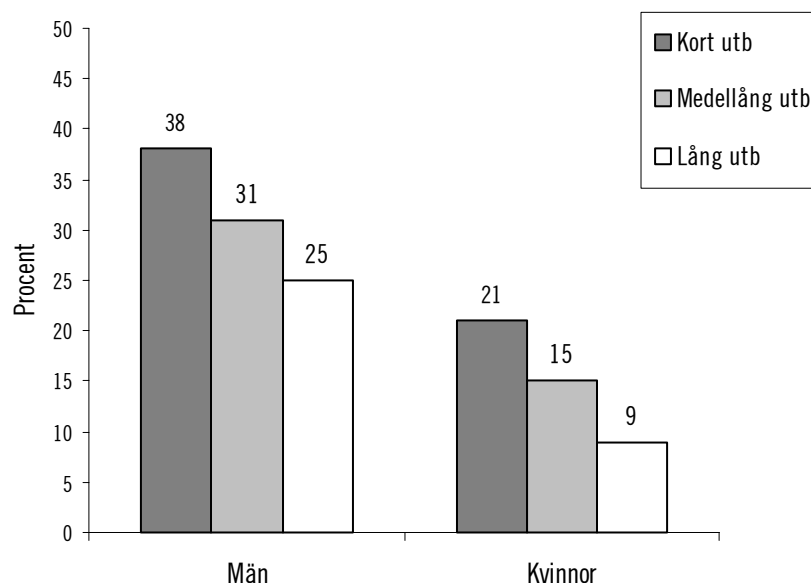
– Riskgrupper

Kvinnor och män med kort utbildning utgör riskgrupper för lågt intag av frukt/grönt (figur 4.11). Även lågavlönade män och kvinnor samt barn och ungdomar är riskgrupper.

Figur 4.10 Den fjärdedel av befolkningen mellan 18 och 84 år som äter minst frukt och grönsaker, fördelad på kön och åldersgrupper år 2004



Figur 4.11 Den fjärdedel av befolkningen mellan 18 och 84 år som äter minst frukt och grönsaker, fördelad efter utbildningens längd år 2004. Åldersstandardiserade värden



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Män har sämre matvanor än kvinnor. I FHI:s rapport Nationella folkhälsoenkäten framkom det att tolv procent av kvinnorna jämfört med fyra procent av männen åt frukt och/eller grönsaker minst fem gånger per dag. Intaget av frukt och grönsaker ökar med åldern hos både kvinnor och män. Det finns en tydlig klassgradient, tjänstemän på mellannivå eller högre äter betydligt mer frukt och grönsaker än lägre tjänstemän och arbetare. Män födda i Europa (utom i Norden) och utanför Europa äter betydligt mer grönsaker än de som är födda i Sverige.

– Tidsanvändning, prevention och utbildning relaterat till kostvanor

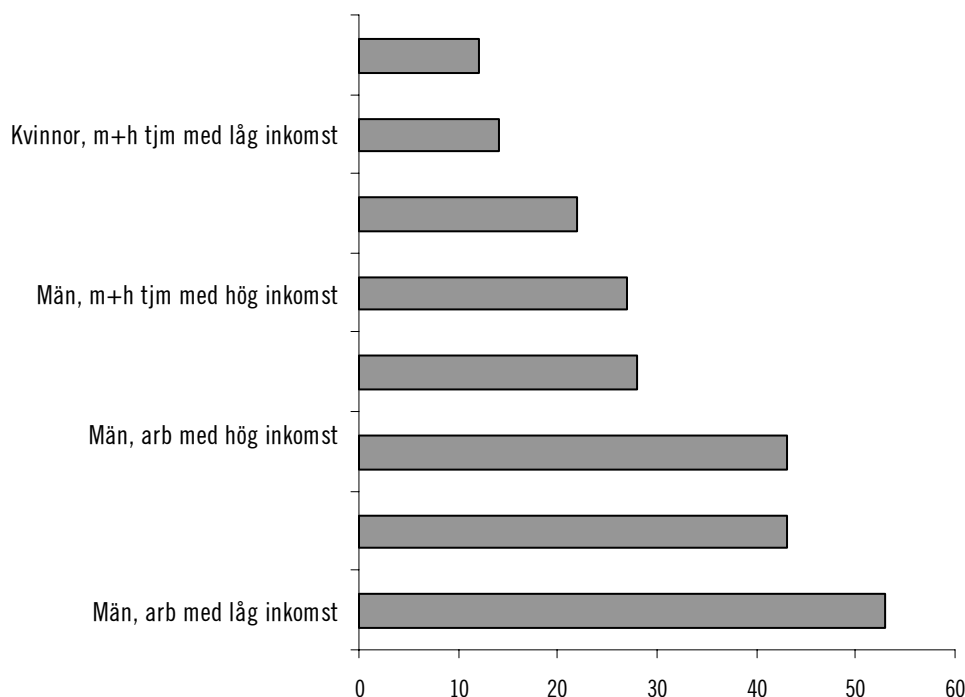
Det ojämnt fördelade hemarbetet mellan kvinnor och män medför att kvinnor i genomsnitt lagar mat oftare än män. Statistiska Centralbyrån (SCB) har i sin senaste tidsanvändningsstudie visat att kvinnor i genomsnitt använder 46 minuter per dag åt matlagning, jämfört med 25 minuter bland män. Bland sammanboende är könsskillnaderna störst. Sammanboende kvinnor i åldersgruppen 65–84 år ägnar mest tid åt matlagning (75 minuter per dag).

Det är vanligare att arbetare och personer med kort utbildning äter lite frukt och grönsaker. Skillnaderna blir tydligast när inkomst och yrke kombineras (figur 4.12). Drygt hälften av de manliga arbetarna med låg inkomst äter lite frukt och grönsaker (53 procent) vilket kan jämföras med tolv procent av de kvinnliga tjänstemännen på mellannivå eller högre nivå med hög inkomst.

Figur 4.12 Andel personer 18–64 år som äter lite frukt och grönsaker, uppdelade efter socioekonomi och inkomst år 2004
Åldersstandardiserade värden

Skr. 2005/06:205

Anm: Arb=arbetare och M+h tjm=tjänstemän på mellan och hög nivå



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Tydliga samband finns mellan matvanor och region, kön, ålder, utbildningsnivå och yrke. Livsmedelsverkets och SCB:s undersökning Riksmaten 1997–1998 och i FHI:s rapport Nationella folkhälsoenkäten 2004 visar att i norra Sverige äter man mindre frukt och grönt men mera fett, gröt och potatis. Skillnaderna i livsmedelskonsumtion beroende på boenderegion är relativt små men systematiska. Kvinnor äter generellt sett mer hälsosamt än män. De äldre äter mer kostfiber och de yngre mer socker. Lågutbildade har sämre matvanor än högskoleutbildade, särskilt män.

– Ätstörningar

Problem med ätande, vikt och kropp tar sig även andra uttryck än övervikt och fetma, t.ex. i form av bulimi och anorexi. Ätstörningar drabbar framförallt flickor och kvinnor, och finns redan i unga år. Specifika former av ätstörningar finns hos minst tre procent av unga svenska kvinnor medan ospecifika ätstörningar troligen är tre till fyra gånger vanligare. WHO-studien Svenska skolbarns hälsovanor visar att drygt hälften av flickorna i årskurs nio i Sverige bantar eller tycker att de borde gå ner i vikt, jämfört med knappt var femte pojke. Andelen flickor som tyckte att de var för tjocka ökade från 20 procent vid elva års ålder till 42 procent vid 15 års ålder. Motsvarande värden för pojkar var 16 respektive 18 procent. Folkhälsoarbetet måste nå ut med budskapet om att förebygga övervikt genom bl.a. fettsnål diet utan att samtidigt spä på samhällets smalhetsideal och utan att stimulera smala och normalviktiga kvinnor att banta.

– Kost och fysisk aktivitet i förskola och skola

Maten som serveras i förskolan och i skolan spelar en viktig roll i utvecklingen av goda matvanor bland barn. Måltidernas innehåll och utformning kan tjäna som goda exempel för hur man skall äta för att må bra. Regeringen gav hösten 2005 i uppdrag åt SLV att utarbeta råd för maten i förskolan och i skolan samt att arbeta för att dessa råd kommer till användning. I uppdraget ingår också att ta fram råd som ger stöd vid upphandling av måltidsverksamhet. Råden är avsedda att fungera som stöd för olika personalkategorier, och även för föräldrar, när det gäller vad som skall serveras och saluföras i verksamheterna. En delrapportering skall överlämnas till regeringen senast den 1 maj 2006 och slutredovisning den 1 februari 2007. Flera mindre studier visar att de flesta kostchefer på kommunnivå, liksom entreprenörer, känner till gällande riktlinjer. Däremot verkar riktlinjerna vara mindre kända bland måltidspersonal i skolorna, skolledare och tjänstemän i kommunerna.

– Samverkan mellan flera aktörer

Nationellt centrum för främjande av god hälsa vid Örebro universitet (NCFE) har fått ett utvidgat mandat av regeringen att även arbeta med kostfrågor. I och med det utökade uppdraget får NCFE sitt anslag höjt med 1 miljon kronor (se ovan "Fysisk aktivitet"). MSU har fått i uppdrag att stärka förskolans arbete med goda matvanor. I sitt arbete skall myndigheten samverka med SLV och NCFE. Uppdraget skall redovisas senast den 15 februari 2007.

– Mat på arbetsplatser

Förvärvsarbetande tillbringar en stor del av sin vakna tid på arbetsplatsen, vilket innebär att de flesta äter en huvudmåltid och ett eller flera mellanmål där. Matintaget är viktigt för hälsan men också av stor vikt för arbetsprestationen. Regeringen har därför gett SLV i uppdrag att utarbeta råd för den mat som serveras på arbetsplatser. Råden skall möjliggöra för arbetsgivaren att verka för goda matvanor och förebygga ohälsa. Råden skall även ge stöd vid upphandlingen av måltidsverksamheten. I SLV:s arbete skall också ingå att arbeta för att råden kommer till användning. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 30 augusti 2007.

– Äldres måltider

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i samråd med SLV, FHI och Sveriges Kommuner och Landsting komma med förslag till insatser om en förbättrad måltidssituation inom äldreomsorgen. Bland annat skall Socialstyrelsen överväga om utvecklingen av kvalitet och säkerhet i mathållningen behöver stödjas genom föreskrifter för exempelvis kost och näring inom vård och omsorg för äldre. Uppdraget skall vara slutfört år 2007.

Forskning har i flera undersökningar visat att det ofta finns näringsproblem hos vissa grupper av äldre, att näringsproblemen riskerar att leda till ökad ohälsa men också att problemen kan motverkas genom välstrukturerade och individanpassade åtgärdsprogram. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen syftar till att erbjuda kommunerna stöd i kost-, närings- och måltidsfrågor. För att förebygga att näringsbrist uppkommer bland äldre är det viktigt att kommunerna i sin organisation förfogar över

tillräcklig kompetens i nutritionsfrågor. Regeringen framhöll i propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) att utveckling av bättre rutiner och tydlig ansvarsfördelning är nödvändig för att näringsbehovet hos allt fler sköra personer i mycket hög ålder skall kunna tillgodoses på ett bra sätt. I den nämnda propositionen framhöll vidare regeringen att resurserna till kommunerna behöver förstärkas för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen skall bl.a. användas till nutritionsarbete. För att förbättra vården av de mest sjuka äldre satsar regeringen 600 miljoner kronor år 2006 och 1 miljard kronor per år 2007 respektive 2008. Denna resurs förstärkning skall bl.a. användas till nutritionsarbete (Regeringens vårproposition [prop. 2005/06:100])

– Livsmedelstillgänglighet och hälsokonsekvensbedömningar

Regeringen har gett FHI i uppdrag att utreda förutsättningarna för att kartlägga livsmedelstillgängligheten i kommuner. Bland annat behöver konstruktionen av ett samlat index utredas, de tekniska och ekonomiska förutsättningarna för insamling av data och redovisning av resultat undersökas samt vilka livsmedel som skall ingå i kartläggningen definieras. Uppdraget skall vara slutfört den 31 december 2006. Regeringen har gett FHI i uppdrag att även utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar (HKB), bl.a. med inriktning på matvanor och fysisk aktivitet, och redovisa vidtagna åtgärder samt följa upp hur HKB tillämpas på lokal, regional, nationell och internationell nivå samt bedöma behovet av metodutveckling (se även avsnitt 6.1).

– Hälsoinformation

Efterfrågan efter hälsoinformation om mat är stor bland olika vidareinformatörer, såsom lärare i hem- och konsumentkunskap, skolsköterskor, sköterskor inom barnhälsovården, lärare i idrott och hälsa, dietister ansvariga för skol- och fritidsmåltider, journalister och nutritionister. SLV har omfattande hälsoinformation om goda matvanor i tryckta publikationer och på sin webbplats. Materialet är dock varken heltäckande eller tillräckligt. Regeringen avser därför att ge SLV i uppdrag att utveckla hälsoinformationen om goda matvanor (Trygga konsumenter som handlar hållbart – Konsumentpolitikens mål och inriktning [prop.2005/06:105]).

– Barn och reklam

Det finns en risk för att den växande kommersiella pressen på barn och unga har en skadlig inverkan på deras hälsa. Reklam för sötsaker, söta frukostflingor och snabbmat står i dag för en stor del av den reklam som riktar sig till barn och unga. Studier visar att barn, efter att ha sett på matreklam, är mer benägna att välja mat med högt innehåll av fett, salt eller socker än mer hälsosamma alternativ. Regeringen har vid flera möten med näringslivet verkat för att striktare etiska riktlinjer tas fram för livsmedelsreklam som når unga. Om branschens egenåtgärder inte ger tillräcklig effekt avser regeringen enligt propositionen Trygga konsumenter som handlar hållbart – Konsumentpolitikens mål och inriktning (prop. 2005/06:105) att låta utreda möjligheten att införa en regel i marknadsföringslagen som

generellt ålägger näringsidkare att beakta barns allmänna utsatthet i kommersiella sammanhang. Skr. 2005/06:205

– Forskning för ett bättre liv

Efter förslag i proposition Forskning för ett bättre liv (prop. 2004/05:8) tillfördes Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) fem miljoner kronor för forskning om hälsa relaterad till övervikt, kost och fysisk aktivitet.

– EU-nivån

Sverige verkar för att den kommande reformen av EU:s marknadsordning för frukt och grönsaker 2007 skall innebära att marknadsinstrument som leder till högre konsumentpriser tas bort. Folkhälsokonsekvenser skall bedömas och beaktas vid relevanta internationella förhandlingar och i synnerhet vid förändringar av EU:s jordbrukspolitik. Effekter av produktionsdrivande jordbruksstöd skall särskilt beaktas.

Energibalans

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Energibalans innebär att energiintaget är lika stort som energiutgifterna, dvs. att man äter lika mycket kroppen förbränner. Om kroppsvikten ökar beror det alltid på att energiintaget är större än energiutgifterna. Överskottet av energi lagras som fett och viktökningen sker ofta långsamt och smygande. Fetma har komplexa och multifaktoriella orsaker och uppstår genom livsstil, genetiska grundförutsättningar och faktorer i omgivningen.

Övervikt och fetma leder till att man förlorar friska levnadsår. Riskerna för följsjukdomar ökar markant vid fetma. Vanligast är typ 2-diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, gallsten, sömnapné, rygg- och ledbesvär, vissa cancersjukdomar samt sänkt livskvalitet. Fetma minskar även fertiliteten och är en riskfaktor vid graviditet och förlossning.

– Barns övervikt en riskfaktor

Svenska studier visar att ett högt BMI (Body Mass Index – metod för att avläsa grad av fetma) och missnöje med sin kropp kan vara riskfaktorer för ätstörningar hos flickor. Det bör därför ingå i prevention och behandling av övervikt att förbättra barns självtillit och självkänsla samt att reducera de sociala stigmata som kan följa med övervikt. Behovet är stort av fortsatt preventionsforskning med metodutveckling rörande ätstörningar (se avsnittet ätstörningar under bestämningsfaktorn Goda matvanor).

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

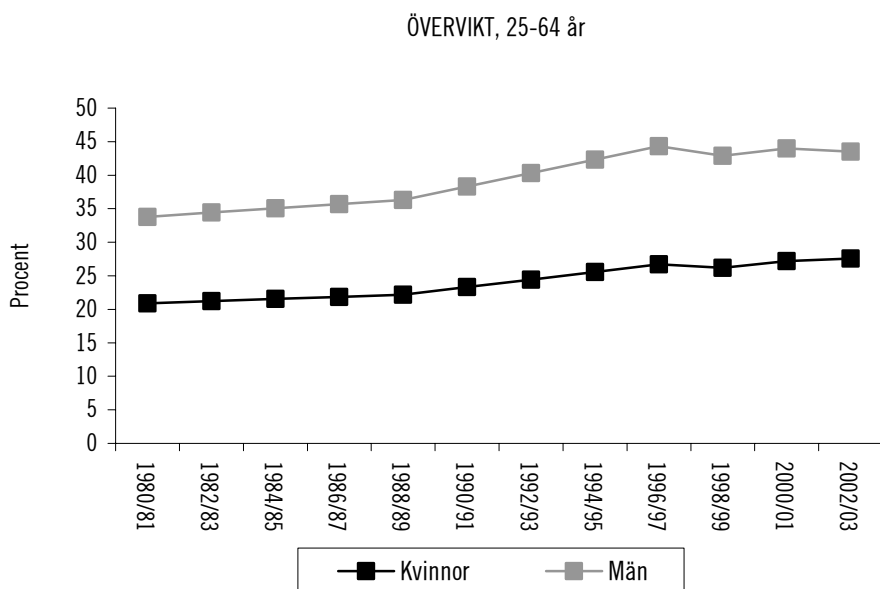
Utvecklingen av bestämningsfaktorn (energibalans) följs via fyra indikatorer: andelen vuxna med övervikt (BMI 25–29,9), andelen vuxna med fetma (BMI>30), andelen ungdomar i åldern 16–24 år med undervikt, övervikt respektive fetma i befolkningen samt andelen äldre med undervikt, övervikt respektive fetma.

Övervikt och fetma är ett betydande och tilltagande hälsoproblem i Sverige, övriga västvärlden och, sedan några år tillbaka, även i utvecklings-

länder. I Sverige har det genomsnittliga kroppsmasseindexet (BMI) ökat Skr. 2005/06:205 bland både män och kvinnor sedan 1980-talets början – från 24,0 åren 1980–1981 till 25,4 åren 2001–2002 bland män. Motsvarande ökning för kvinnor är 23,1 till 24,4.

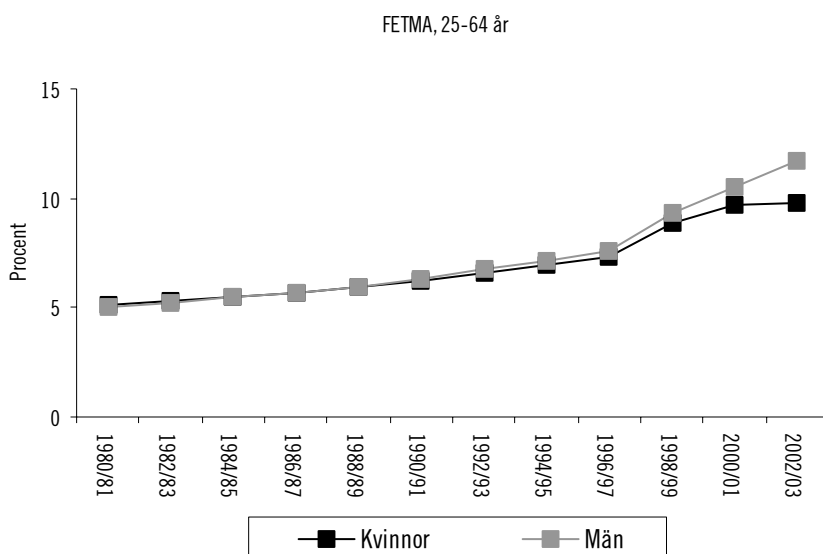
År 2004 var 41 procent av männen och 27 procent av kvinnorna i åldern 16–74 år överviktiga i Sverige. Fetma fanns hos elva procent av männen och nio procent av kvinnorna. Andelen vuxna med övervikt har ökat kraftigt bland både män och kvinnor och andelen vuxna med fetma har fördubblats i Sverige sedan 1980 (figur 4.13 och 4.14). Det finns också allt fler överviktiga män i åldern 65–74 år.

Figur 4.13 Andel av befolkningen i åldrarna 25–64 år med övervikt (BMI 25–29,9) åren 1980–2003. Procent, åldersstandardiserade värden



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB. Bearbetning av FHI.

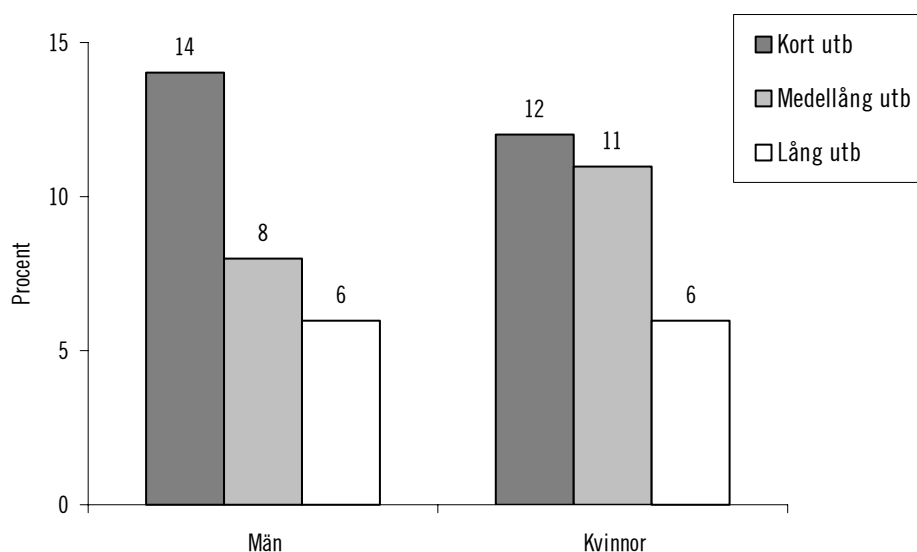
Figur 4.14 Andel av befolkningen i åldrarna 25–64 år fetma (BMI > 30) åren 1980–2003. Procent, åldersstandardiserade värden



Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB. Bearbetning av FHI

Övervikten skiljer sig relativt lite mellan olika yrkesgrupper bland männen. Av arbetarna är 45 procent överviktiga mot 43 procent av tjänstemännen på mellan- och högre nivå. Tydligare skillnader återfinns dock bland kvinnorna. Bland icke-facklärd kvinnliga arbetare är 34 procent överviktiga mot 26 procent bland kvinnliga tjänstemän på mellannivå eller högre. Fetman är mer utbredd bland arbetare än bland tjänstemän. Bland kvinnor har 15 procent av arbetarna fetma, mot 8 procent av tjänstemännen. Motsvarande andelar bland män är 13 respektive 9 procent. Kvinnor och män med kort utbildning och låg lön, samt barn till föräldrar med kort utbildning, är riskgrupper för övervikt och fetma (figur 4.15).

Figur 4.15 Andel av befolkningen i åldrarna 18–84 år med fetma år 2004 (självrapporaterat BMI>30), uppdelade efter utbildningens längd
Åldersstandardiserade värden



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Förekomsten av fetma och övervikt hos barn och ungdomar har under perioden 1971 och framåt ökat med en fördubbling ungefär vart 15:e år, både i åldern omkring tio år och i åldrarna 16–24 år. Detta är en betydligt snabbare ökningstakt än den som gäller vuxna där ökningstakten för män motsvarar en fördubbling vart 30:e år och för kvinnor vart 40:e år. Tids-serier för yngre barn saknas i Sverige. Uppgifter från Storbritannien tyder dock på att ökningstakten i åldrarna under tio år är lägre. En svensk undersökning av 18-åriga män tyder på att ökningstakten varit jämn under perioden 1971–1995. Detta talar för att den pågående ogynnsamma utvecklingen har pågått i minst 35 år och att den är mest uttalad i åldrarna 10–24 år.

Tabell 4.2 Andel äldre i åldern 65–84 år med undervikt, övervikt respektive fetma i befolkningen under perioden 1980–2003

Skr. 2005/06:205

	Undervikt (BMI<18,5)		Övervikt 25<=BMI<=29,9)		Fetma BMI>30	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
65-74 år						
1980-1981	3,4	0,9	40,4	42,7	10	7,7
1988-1989	3,5	1,4	35,5	44,6	9,8	7,4
1996-1997	2,2	0,6	40,5	47,1	12,6	10,9
1998-1999	1,5	1	39,4	46,3	14,2	11
2000-2001	3,1	0,5	39,7	47,7	14,5	14,2
2002-2003	1,7	0,4	40,3	48,9	14	14,7
75-84 år						
1980-1981	5,6	1,9	32,5	37,3	8,2	5,7
1988-1989	5,5	2,1	32,7	34,2	7,1	7,2
1996-1997	3,6	1,7	35,6	40,6	8,2	4,3
1998-1999	3,5	1,8	36,2	45,8	11,2	7,7
2000-2001	4,2	2,2	35,1	43,2	13,1	8
2002-2003	4,4	0,5	33,4	39,1	12,8	7,6

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

– Äldre med övervikt, fetma eller undervikt

Tabell 4.2 ovan visar att andelen överviktiga i åldern 65–84 år är mycket hög och har ökat bland män i åldern 65–74 år under perioden 1980–2003. Även andelen äldre med fetma har ökat betydligt men inte i så hög grad bland män 75–84 år. Liksom i yngre åldrar är undervikt vanligare bland kvinnor än bland män. Bland 75–84-åringar är undervikt mindre vanligt nu än tidigare. Andelen något underviktiga äldre tenderar att minska utom bland de äldsta kvinnorna. Friska äldre har generellt sett ett bra kostintag, men näringsbrist och undernäring förekommer på institutioner och inom slutenvård. Riskgrupper för undernäring bland hemsjukvårdspatienter är äldre med kort utbildning eller låg inkomst, ensamboende, personer med funktionshinder samt personer med depression eller andra psykiska åkommor.

– Insatser från nationella aktörer

De nationella aktörer som har huvudansvar för insatser inom folkhälsopolitiken är FHI och Socialstyrelsen. Även Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bidrar med kunskapssammanställningar om effektiva metoder för prevention av fetma.

FHI deltar i kunskapsutveckling och debatt kring produktion och marknadsföring av energitäta livsmedel. En dialog har startats mellan regeringen och branschen i frågor som rör goda matvanor och folkhälsopolitik.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för barn- och skolhälsovården och har fått i uppdrag att utreda förutsättningarna för en nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt. Uppdraget inkluderar också amningsfrekvens. Uppdraget skall avrapporteras senast den 30 juni 2007 och avses utföras i samarbete med såväl barn- som skolhälsovård, FHI samt Sveriges kommuner och landsting. Ett nationellt system för insamling av data om längd och vikt är förutsättningen för att kunna följa viktutvecklingen på barn och ungdomar, för att kunna studera effek-

ter av olika åtgärder samt för att kunna avläsa generella förändringar av Skr. 2005/06:205 övervikt i befolkningen och inom olika befolkningsgrupper.

– Näringsfrågor för äldre

Socialstyrelsen har även gjort studier av näringsproblematiken bland äldre som får kommunal vård och omsorg och med resultat som visar att undernäring förekommer särskilt i vissa boendeformer samt att spännvidden är stor. Myndigheten delredovisar i april 2006 sitt uppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutvecklingen i fråga om måltider och näringsfrågor inom äldreomsorgen. En slutlig redovisning skall ske år 2007. Som en del i detta uppdrag har Socialstyrelsen inlett en artikelserie som riktar sig till alla som på olika sätt arbetar med äldre som får hjälp med maten inom kommunal vård och omsorg. Artiklarna syftar till att sprida kunskap och ge goda exempel. I uppdraget till Socialstyrelsen ingår att utveckla bedömningskriterier i samråd med Länsstyrelsen som kan användas vid tillsyn i kost-, närings- och måltidsfrågor samt att överväga om utveckling av kvalitet och säkerhet i mathållningen kan stödjas genom föreskrifter.

Nationella mål för äldrepolitiken anger att äldre skall kunna leva ett aktivt liv. Viktiga faktorer för en sådan livsföring för äldre är fysisk aktivitet, träning och god mat. Strategier som betonar vikten av att främja goda kost- och motionsvanor bör således omfatta ett livscykelperspektiv och även inkludera äldre som är en sårbar grupp.

Amningsfrekvens

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Bröstmjölken har ett idealiskt näringsinnehåll och barnets trygghet förstärks genom den nära kroppskontakten. Ammade barn får bättre skydd mot mag-tarminfektioner, luftvägsinfektioner och infektionsutlöst småbarnsastma än flaskuppfödda barn. Allergier är ovanliga bland barn som ammas. Amningens roll som skydd mot allergier är omdiskuterad, men en nordisk studie har funnit att amning under minst fyra månader verkar skydda mot astma och eksem, åtminstone under barnets fyra första levnadsår. Amning påverkar även ämnesomsättningen vilket kan bidra till en något minskad risk för övervikt, blodfetsrubbingar, åldersdiabetes och högt blodtryck i vuxen ålder.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

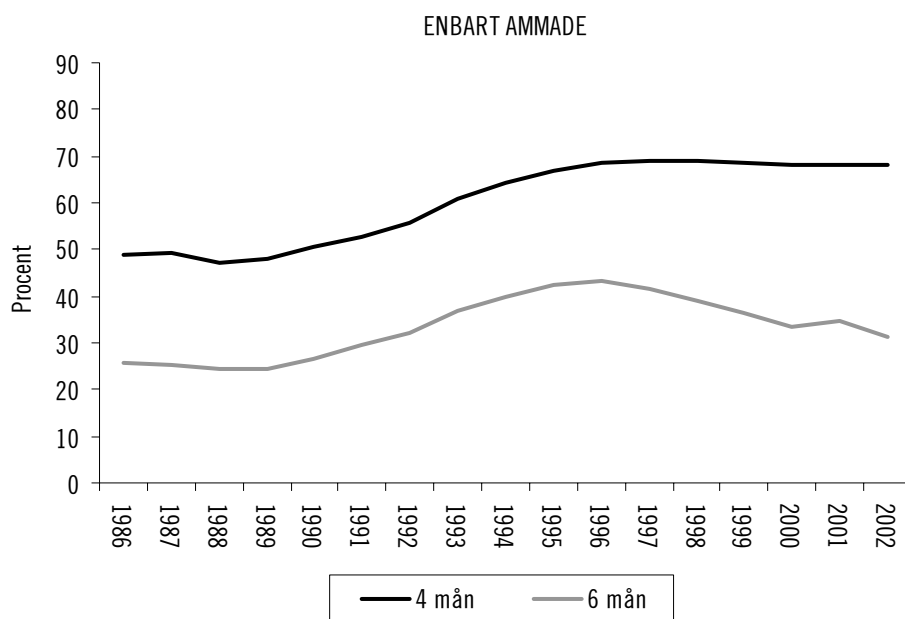
Utvecklingen av bestämningsfaktorn följs via de två indikatorerna andelen barn som enbart ammas vid fyra respektive sex månaders ålder och andelen barn som enbart eller delvis ammas vid fyra respektive sex månaders ålder. Utvecklingen visar att för enbart ammade barn har amningsfrekvensen länge löpt parallellt för barn vid fyra och sex månaders ålder. Efter år 1988 följde en kraftig ökning av andelen enbart ammade barn vid fyra månaders ålder upp till en ”platå” vid 69 procent, medan andelen enbart ammade vid sex månaders ålder sjönk igen i slutet av 1990-talet efter ett toppvärde på 43 procent (figur 4.16). Om man istället ser på andelen enbart samt delvis ammade barn, så ökade amningsfrekvensen vid både fyra och sex månaders ålder kraftigt under 1990-talet. Vid sex månaders ålder var amningsfrekvensen 74 procent för enbart samt delvis ammade

barn födda år 1997 och 73 procent för barn födda år 2002 (figur 4.17). Skr. 2005/06:205 EU-studier har visat att yngre mammor ammar mindre än äldre mammor och ensamstående, lågutbildade mammor ammar mindre än gifta, högutbildade mammor.

– Amningsmönster

Svensk amningsstatistik sammanställs inte efter mammans ålder eller hennes etniska och socioekonomiska bakgrund. En studie av amningsmönster från Rinkeby under åren 1993 till 1995 visade klara etniska skillnader hos invandramödrar från olika länder men med liknande social situation. Hemlandets amningsmönster kvarstår under lång tid hos utlandsfödda mödrar i en invandrardominerad stadsdel som Rinkeby. I remissomgången avseende FHI:s Folkhälsopolitiska rapport 2005 framhåller *Socialstyrelsen* att landstingen har ansvaret för den amningsvänliga vårdkedjan. Amningsstatistiken har visat en positiv utveckling men en viss förbättringspotential finns bl.a. att identifiera grupper med behov av särskilt amningsstöd t.ex. mödrar utan socialt nätverk och vissa invandrargrupper. Kvinnors rätt att amma behöver skyddas och stödjande amningsrådgivning är därför viktigt.

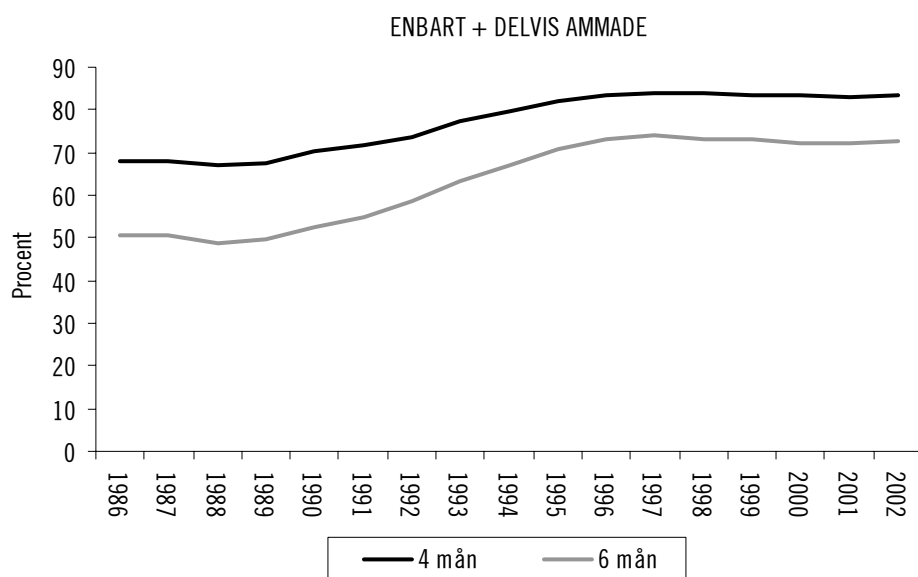
Figur 4.16 Enbart ammade barn vid fyra och sex månaders ålder. Barn födda i Sverige åren 1986–2002



Källa: Socialstyrelsen.

Figur 4.17 Enbart samt delvis ammade barn vid fyra och sex månaders ålder. Barn födda i Sverige åren 1986–2002

Skr. 2005/06:205



Källa: Socialstyrelsen.

– Amningsstöd har effekt

Uppgången i amningsfrekvens under 1990-talet sammanfaller med Förenta nationernas barnfonds (UNICEF:s) amningsstödjande åtgärder, ”den amningsvänliga vårdkedjan”, som har drivits framgångsrikt även inom förlossnings- och barnhälsovården i Sverige.

WHO antog 1981 en internationell kod mot oetisk marknadsföring av bröstmjölksersättningar.

År 2001 antog WHO en resolution om att, om möjligt, ge enbart bröstmjolk till spädbarn fram till sex månaders ålder, och först därefter komplettera med annan föda. Livsmedelsverket (SLV) rekommenderar att föräldrar i Sverige följer denna rekommendation. Alla mammor erbjuds amningsfrämjande insatser av mödravården samt förlossnings- och barnhälsovården, som når de allra flesta spädbarnsfamiljer. Enligt SLV:s uppfattning, i remissomgången avseende FHI:s Folkhälsopolitiska rapport 2005, bör WHO:s kod för marknadsföring av bröstmjölksersättning uppmärksammas regelbundet.

Sverige anslöt sig år 1990 till Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, den s.k. Innocentideklarationen. Ett av målen i deklarationen är att alla regeringar som anslutit sig skall utnämna en amningsordnare och bilda en amningsgrupp på nationell nivå. I juni 2004 tillsatte regeringen en samordningsgrupp för amningsfrågor. SLV uppdrogs att tillsätta, sammankalla och leda denna samordningsgrupp. Socialstyrelsen, Konsumentverket och FHI ingår i gruppen. Avrapporteringen av arbetet skall ske till regeringen vartannat år. I arbetet ingår bl.a. att den nationella amningskommittén, med SLV som sammankallande, inbjuder till referensmöte för nyckelpersoner från berörda myndigheter, organisationer och forskare.

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

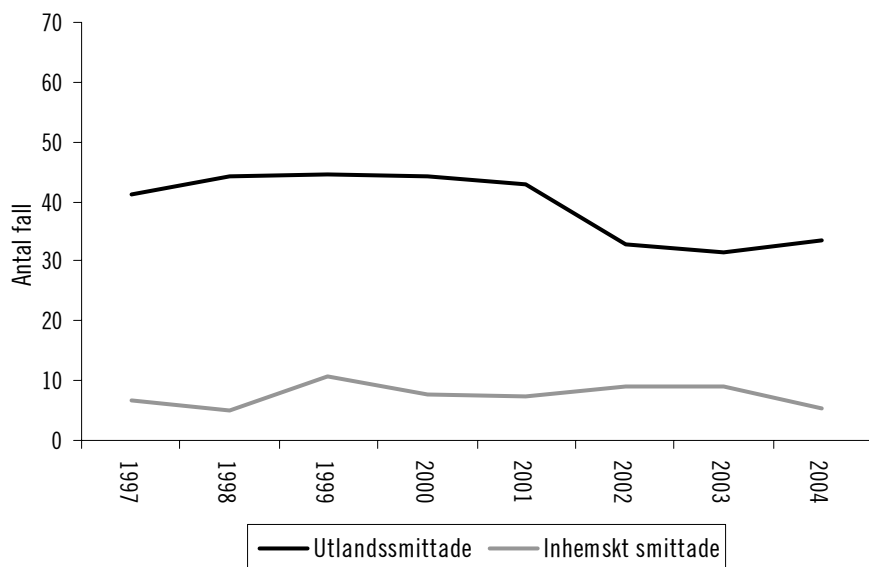
Mikroorganismer förekommer naturligt i livsmedel. Nyttiga mikroorganismer förbättrar hållbarhet, smak och konsistens, t.ex. mjölksyrabakterier. Andra mikroorganismer i livsmedel medför negativa konsekvenser som försämrad hållbarhet och smak eller sjukdomsutbrott av olika slag. Mögel och mögelgifter kan ge effekter på lång sikt, t.ex. cancer. Sjukdomsbilden vid campylobactersmitta är en akut mag-tarminfektion med illamående, feber, svåra buksmärter och diarré. Vid salmonellasmitta utvecklas antingen en tarminflammation (salmonellaenterit) eller en allmäninfektion (salmonellasepsis). Symtomlösa smittbärare förekommer.

En mängd kemikalier har fått en omfattande spridning i miljön. Vissa är stabila och kommer att finnas kvar i miljön under lång tid, t.ex. de organiska fettlösliga miljöföroreningarna DDT, PCB och dioxiner (se även avsnitt 4.5). De återfinns även i en del livsmedel, framför allt fisk, kött och mejeriprodukter. Den känsligaste tiden för exponering är sannolikt under fosterstadiet. Hög exponering för organiska miljöföroreningar medför en risk för låg födelsevikt samt försämrad motorisk och mental utveckling hos barnet. Kvinnor i fertil ålder rekommenderas därför att inte äta vissa feta fiskarter från Östersjön mer än en gång i månaden.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Antalet inhemskt smittade nya fall av campylobacterinfektioner per 100 000 invånare har legat på ungefär samma nivå under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Flertalet förvärvas dock campylobacterinfektion utomlands. Antalet utlandssmittade nya fall ökade under slutet av 1990-talet, men sjönk igen efter år 2000. Även de flesta salmonella-infektioner förvärvas utomlands och antalet utlandssmittade minskade efter år 2001 (figur 4.18).

Figur 4.18 Rapporterade salmonellainfektioner, smittade inom respektive utanför Sverige, åren 1997–2004. Nya fall per 100 000 invånare



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Utvecklingen av huvudindikatorerna för livsmedelssäkerhet, förekomst av rapporterade campylobacter- och salmonellainfektioner, är mycket tillfredsställande och har sin grund i de mångåriga aktiva förebyggande insatserna inom svenskt jordbruk, den lagreglerade kontrollverksamheten samt i att EU prioriterar sådana insatser. Skr. 2005/06:205

– Sverige föregångsland

Sverige betraktas internationellt som ett föregångsland när det gäller att förebygga infektioner som kan överföras mellan djur och människa. Även den låga andelen inhemskt smittade av livsmedelsburna infektioner kan förklaras av de mångåriga aktiva förebyggande insatserna inom svenskt jordbruk ända sedan 1950-talet. Den lagreglerade kontrollverksamheten samt att det inom EU finns en omfattande lagstiftning som reglerar insatserna för livsmedelssäkerhet i hela livsmedelskedjan bidrar dessutom till en god livsmedelssäkerhet.

– Hygien- och kontrollpaketet

För att genomföra de s.k. hygien- och kontrollförordningarna i svensk lagstiftning har regeringen lämnat propositionen Anpassningar till nya EG-bestämmelser om livsmedel, foder, djurhälsa, djurskydd och växtskydd m.m. (prop. 2005/06:128) med förslag till bl.a. en ny livsmedelslag till riksdagen. Det nya regelverket innebär att livsmedelskontrollen skall bli mer riskbaserad och att kontrollernas frekvens och omfattning till viss del skall avgöras av verksamhetens art och omfattning. I syfte att säkerställa att tillräckliga resurser finns för livsmedelskontrollen ger den nya lagstiftningen utrymme för att fullt ut avgiftsfinansiera verksamheten.

– Livsmedelshygien är viktigt

SLV uppskattar att omkring 500 000 personer insjuknar årligen till följd av matförgiftning. Av dessa fall antas hälften härröra från bristfällig livsmedelshantering i hemmet. Följaktligen har ett betydande antal matförgiftningsfall sin orsak i hanteringen i livsmedelsbutiker, restauranger och andra livsmedelslokaler. En förbättrad kunskap om livsmedelsburna sjukdomar, korrekt livsmedelshygienisk hantering, personhygien m.m. bland de som arbetar inom restaurang- och livsmedelsnäringarna skulle kunna bidra till att öka livsmedelssäkerheten och minska antalet sjukdomsfall till följd av matförgiftning. Regeringen har därför lämnat ett uppdrag till SLV att lämna förslag till åtgärder för att höja den livsmedelshygieniska kompetensen hos dem som hanterar livsmedel yrkesmässigt. Uppdraget skall redovisas senast den 15 juni 2006.

Antalet matförgiftningar tillsammans med det faktum att avvikelser noteras från livsmedelslagstiftningen i medeltal hos hälften av kontrollerade anläggningar visar att det finns behov av att införa ett verktyg som höjer företagares ambitionsnivå när det gäller livsmedelssäkerhet i livsmedelskedjan. Regeringen har därför för avsikt att låta intresserade kommuner under en försöksperiod testa ett offentlighöjande av resultat från livsmedelskontrollen i form av en enkel symbol, en s.k. smiley. Konsumenter och andra intressenter kan därmed ta del av om livsmedelsföretagare och myndigheter uppfyller de krav som lagstiftningen ställer, (se Lagrådsremissen Offentlighöjande av resultat av livsmedelskontroll,

dnr Jo2006/1322/RS). Livsmedelsbranschen kan dessutom bidra med Skr. 2005/06:205 olika åtgärder för att konsumenten skall kunna göra medvetna val, t.ex. genom lättillgänglig märkning.

– Märkning behövs

Det är i dag obligatoriskt att ange ursprung för nötkött, ägg, honung, färsk frukt och grönsaker samt att ange fångstområde för färsk och förpackad fisk. Det är i dag möjligt att på frivillig basis märka med ursprung och företag kommer att märka med svenskt ursprung om konsumenterna efterfrågar detta. Regeringen anser att konsumenterna har rätt att få veta varifrån maten kommer. Branschen bör medverka till detta genom tydlig och lättillgänglig ursprungsmärkning, både i butik och på restaurang.

För att undvika missuppfattningar hos konsumenterna om SE-märkningen, blågula band och vimplor, som kan tolkas som att råvarorna är svenska, har SLV fått i uppdrag att informera om reglerna för märkning på ett lättillgängligt och konsumentanpassat sätt och att tillsammans med lokala tillsynsmyndigheter genomföra ett nationellt tillsynsprojekt när det gäller märkning och redlighet vid försäljning till konsument. En delredovisning av hur arbetet framskrider skall lämnas senast den 1 juni 2006 till regeringen. Uppdraget skall slutredovisas i samband med årsredovisningen för år 2006.

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

Regeringens bedömning: Det långsiktiga, strukturerade och samordnade förebyggande arbetet för att minska tobaksbruk, skadlig alkoholkonsumtion, narkotika- och dopningsmissbruk och skador till följd av överdrivet spelande måste fortsätta. De bärande elementen i den svenska alkohol-, narkotika-, och tobakspolitiken är en stark lagstiftning, internationellt samarbete, nationell samverkan och lokalt utvecklingsarbete. För att minska skador till följd av överdrivet spelande har framförallt satsningar påbörjats inom kunskapsuppbyggnad, inklusive forskning, metodutveckling och utbildning.

Insatser för att minska tobaksbruket, alkoholkonsumtionen samt uppnå ett narkotikafritt samhälle har länge varit viktiga folkhälsofrågor och naturliga delar av den svenska välfärdspolitik. Spelandet har ökat i samhället och problemen med spelmissbruk har uppmärksammats. Insatserna inom ovan nämnda områden har intensifierats och bestämningsfaktorer och indikatorer formulerats. Även arbetet för att nå målet om ett dopningsfritt samhälle, måste fortsätta och utvecklas. Även om erfarenheten av dopningspreparat är tämligen ovanlig bland både unga och vuxna så är utvecklingen oroande. Under arbetet med 2009 års folkhälspolitiska rapport bör Statens folkhälsoinstitut bredda uppföljningen inom målområdet så att den även omfattar dopning och indikatorer som speglar utvecklingen inom dopningsområdet.

Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning beträffande sambandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa samt utvecklingen av bestämningsfaktorerna.

Bestämningsfaktorer inom målområdet

Inom målområdet *Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande* har Statens folkhälsoinstitut (FHI) i Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) definierat fyra bestämningsfaktorer. FHI redogör för utvecklingen av dessa med sammanlagt sex indikatorer. Bestämningsfaktorerna och indikatorerna har enligt FHI betydelse för tio olika politikområden. Europeiska unionens (EU:s) marknadsregleringar för bl.a. tobak och vin kan påverka bestämningsfaktorerna för tobaksbruk och skadlig alkoholkonsumtion. Regeringen finner därför att politikområdet Jordbrukspolitik är väsentlig för bestämningsfaktorerna Tobaksbruk och Skadlig alkoholkonsumtion och politikområdena Skatt, tull och exekution och Ungdomspolitik för bestämningsfaktorn Tobaksbruk.

Bestämningsfaktorer	Indikatorer	Politikområden
Tobaksbruk	Självrapporterat tobaksbruk (h) Självrapporterad exponering för tobaksrök i omgivningen	Folkhälsopolitik Hälsa- och sjukvårdspolitik Utbildningspolitik Jordbrukspolitik Skatt, tull och exekution Ungdomspolitik
Skadlig alkoholkonsumtion	Total konsumtion (skattad och självrapporterad) (h) Dödlighet i alkoholrelaterad sjukdom eller skada (h)	Folkhälsopolitik Hälsa- och sjukvårdspolitik Socialtjänstpolitik Rättsväsende inklusive kriminalpolitik Skatt, tull och exekution Transportpolitik Utbildningspolitik Konsumentpolitik Ungdomspolitik Jordbrukspolitik
Bruk av narkotika	Självrapporterad narkotikaanvändning (h) Dödlighet (h)	Folkhälsopolitik Hälsa- och sjukvårdspolitik Socialtjänstpolitik Rättsväsende/kriminalpolitik Ungdomspolitik Utbildningspolitik
Överdrivet spelande (spelberoende)	Omfattningen av spelberoende enligt internationellt accepterad metod (h) Riskabelt spelbeteende	Finansiella system och tillsyn Folkhälsopolitik

(h) = huvudindikator.

Remissinstanserna: Remissopinionen stödjer Statens folkhälsoinstituts (FHI:s) bedömning vad gäller tobaksprevention. Olika aktörers roll och uppgift lyfts fram av remissinstanserna, detta gäller bl.a. *Socialstyrelsen* som lyfter tandvårdens roll vad gäller tobaksprevention för barn och ungdomar. *Apoteket* anser att FHI:s instruktion borde utökas till att även omfatta initiering och styrning av t.ex. arbetet med tobaksprevention. Apoteket påpekar också att tobaksbruk i rapporten likställs med rökning men att utvecklingen av andra typer av tobaksbruk, såsom snusning inte minskar.

Av de remissinstanser som kommenterar FHI:s förslag ställer sig flertalet bakom valet av bestämningsfaktor och indikatorer avseende alkohol. Åtgärder som begränsar tillgängligheten, i synnerhet för ungdomar, förbättrad tillsyn av restauranger och andra serveringsställen och insatser i skolan lyfts särskilt fram. Några länsstyrelser vill ge länsstyrelsen en förstärkt roll i det förebyggande arbetet. *Landstinget i Dalarna* anser att insatser som föreslås inom vården skall finansieras fullt ut av staten.

Inga remissinstanser har kommenterat FHI:s förslag beträffande narkotika.

Remissinstanserna stöder FHI:s bedömning avseende spelberoende. *Riksföreningen för skolsköterskor* har lyft fram riskerna med dataspelandet hos ungdomar.

Skälen för regeringens bedömning

I proposition Mål för folkhälsan föreslog regeringen att åtgärder mot skador på grund av tobak, alkohol och spel samt för ett samhälle fritt från narkotika och dopning är nödvändiga för att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet (prop. 2002/03:65). Dessutom föreslog regeringen att *Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande* skall utgöra ett särskilt målområde inom folkhälsopolitiken. Riksdagen fastställde detta (bet. 2003/03:SoU7, rskr. 202/03:145).

Den nationella folkhälsopolitiken bidrar till att förebygga skadligt bruk av alkohol och användningen av tobak, narkotika- och dopningsmedel och överdrivet spelande. För detta krävs insatser inom folkhälsopolitikens samtliga målområden och det förebyggande arbetet bör samordnas med övrigt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället. Genom folkhälsopolitikens sektorsövergripande karaktär berörs målområdet vidare av en rad andra politikområden som exempelvis skatt, tull och exekution, kriminalpolitiken inom rättsväsendet, barn- respektive ungdomspolitik, utbildningspolitiken, hälso- och sjukvårdspolitik och socialtjänstpolitiken.

Tobaksbruk

– Samband mellan tobaksbruk och hälsa

Tobaksrökning är fortfarande den största enskilda riskfaktorn till sjukdom och förtida död. Det gäller såväl nationellt som i den övriga delen av den industrialiserade världen. Världshälsoorganisationen (WHO) beräknar att rökning är orsak till mer än fem miljoner för tidiga dödsfall per år globalt, varav ungefär två miljoner i den industrialiserade delen av världen. År

2025 beräknas dödligheten ha ökat till tio miljoner dödsfall per år, varav sju miljoner i tredje världen. Den tobaksrelaterade dödligheten och sjukligheten i absoluta tal förväntas dock bestå i västvärlden, och då vara särskilt framträdande för kvinnor, människor med kort utbildning och låg lön.

Alla som röker skadas av sin rökning och det finns ett direkt samband med ett 40-tal olika sjukdomar, varav de vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer och flera andra typer av cancer.

Den ökade medellivslängden för män kan bl.a. hänföras till att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat. Den minskade rökningen bland män är en av de enskilt viktigaste orsakerna till detta. För kvinnorna ökar dock fortfarande dödligheten till följd av sjukdomar som har samband med tobaksrökning. Det gäller då särskilt lungcancer och KOL. Dagens statistik avseende dödligheten avspeglar rökvanorna för ett par decennier sedan. Bland männen var rökningen mycket utbredd under efterkrigstiden, men en minskning kan ses från början av 1970-talet. Bland kvinnor var rökningen mindre vanlig fram till 1950- och 1960-talen, då en kraftig ökning skedde främst bland yngre kvinnor. Det är denna generation av kvinnor som nu börjar nå den ålder då skadeverkningarna visar sig. Först i slutet av 1970-talet började rökningen minska även bland kvinnorna.

Beräkningar visar att tobaken kostar det svenska samhället minst 26 miljarder kronor per år i produktionsbortfall och sjukvårdskostnader.

De långsiktiga effekterna på hälsan av snus är hittills otillräckligt utforskade. Det vetenskapliga underlaget är enligt bl.a. Socialstyrelsens lägesrapport om folkhälsa från mars 2006 inte alltid starkt, men utgångspunkten bör vara att snus inte är ofarligt. Vissa studier tyder på att snus bl.a. har samband med förhöjt blodtryck och skadar munhälsan, bidrar till en förhöjd risk att insjukna i typ 2-diabetes samt kan orsaka cancer i munnen och bukspottkörteln. Hälsoriskerna med snus är dock mycket lägre än för rökning. Snus har också skadliga effekter för barn vars mammor snusat under graviditeten. Snusets skadliga effekter bör jämföras med inget bruk av tobak alls.

– Utveckling av bestämningsfaktorn

Utvecklingen av bestämningsfaktorn tobaksbruk följs via indikatorerna självrapporterat tobaksbruk och självrapporterad exponering för tobaksrök i omgivningen. Tendensen är att rökningen långsamt sjunker i alla befolkningsgrupper. Sedan 1980–1981 har andelen rökare totalt sett minskat dramatiskt, från 31,4 till 17,5 procent år 2003. För samtliga arbetare är motsvarande minskning från 36,5 till 23,9 procent, dvs. en något lägre minskning. För förtidspensionerade/långvarigt arbetslösa har nästan ingen minskning alls skett. Åren 1980–1981 var det 35,6 procent som rökte dagligen i denna grupp, jämfört med 33,3 procent åren 2002–2003. Det är vanligare att personer med arbetarbakgrund, förtidspensionärer och arbetslösa röker. Kvinnor röker mer än män och personer med kort utbildning och låg inkomst röker mer än de som har en högre socioekonomisk position. Utvecklingen av rökvanorna förstärker därför ojämlikheten i hälsa. Det har skett en kraftig uppgång av snusandet bland unga flickor. Snusvanor bland gravida har registrerats sedan år 2000. Då snusade 1,2

procent vid inskrivningen på mödravårdscentralen. År 2003 var denna andel 1,4 procent enligt medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen. Skr. 2005/06:205

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Arbetet för att nå etappmålen för tobaksarbetet som riksdagen har beslutat om är en tobaksfri livsstart, en halvering av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa, en halvering av andelen rökare i de grupper som röker mest och att ingen ofrivilligt skall utsättas för rök i sin omgivning.

Snus är väsentligt mindre farligt än rökning. Socialstyrelsen har uppmärksammat att det är en svår avvägning mellan eventuella risker med snusning, risken att snusare börjar röka och vinsterna av att rökare kan sluta röka. Studier tyder på att det är väsentligt vanligare att byta rökning mot snusning än att byta snusning mot rökning. Dessa resultat tyder på att nettoeffekterna av de ändrade tobaksvanorna i folkhälsöhänseende är positiva, eftersom rökning är så mycket farligare än snus. Frågan om det finns vetenskapligt stöd för uppfattningen att snus och andra rökfria tobaksvaror kan användas som hjälp för rökavvänjning och hur dessa tobaksvaror fungerar i jämförelse med nikotinläkemedel behandlas för närvarande av en vetenskaplig kommitté i Europeiska unionen (EU). Att inte använda tobak är dock alltid att föredra för alla. Under graviditeten skall man alltid eftersträva tobaksfrihet. Socialstyrelsen framhåller också att marknadsföring av snus till dem som inte röker vore mycket olyckligt från folkhälsosynpunkt.

Det svenska tobaksarbetet bygger på ett brett, långsiktigt, strategiskt arbete kombinerat med olika former av begränsande lagstiftning. Den opinionsbildning och samhällsdebatt som förekommit i anslutning till lagarnas tillkomst har också påverkat den sociala acceptansen för rökning.

De faktorer som mest påverkar tobaksbruket är pris, social acceptans och tillgänglighet. Viktigt är att stimulera lokalt och regionalt folkhälsoarbete. Lagstiftning, skatter, rökavvänjning, information och opinionsbildning är de viktigaste åtgärderna.

Den 1 juni 2005 trädde lagändringen om rökfria serveringsställen i kraft. FHI är ansvarig tillsynsmyndighet och ansvarar för efterlevnaden. FHI har gjort bedömningen att efterlevnaden är mycket god.

Med hänsyn till folkhälsomålen för minskat tobaksbruk till år 2014 är det viktigt att prioritera tobakspreventiva insatser för de grupper som röker mest.

FHI ansvarar för den centrala tillsynen av tobakslagen, utom för de delar som avser marknadsföring och reklam, medan länsstyrelserna och kommunerna har regionalt och lokalt tillsynsansvar.

Landstingen och kommunerna har här viktiga roller. Landstingen har utfört goda insatser, men mycket kan göras för att ytterligare förbättra utbudet av målgruppsanpassad tobaksavvänjning, t.ex. för invandrare och korttidsutbildade kvinnor. Landstingens huvudansvar i det tobaksförebyggande arbetet är rådgivning och avvänjning till rökare och snusare. Socialstyrelsen har beslutat att med kunskapsstöd från FHI ge ut en expertrapport om evidensbaserade metoder för tobaksavvänjning till ledning för främst primärvårdens arbete.

I kommunerna är det viktigt att de folkhälsopolitiska programmen tydligt inkluderar tobak.

Kommunerna har huvudansvaret för insatser för att förebygga tobaksdebut och Myndigheten för skolutveckling är en viktig aktör för att stimulera upprättandet av tobakspolicies – eller drogpolicies där tobak tydligt ingår – i skolan. Slutligen är olika frivilliga organisationer mycket viktiga aktörer i det tobaksförebyggande arbetet.

Under perioden från och med år 2002 till och med år 2004 har 30 miljoner kronor årligen avsatts till att utveckla tobakspreventiva metoder. FHI har under år 2005 avrapporterat en utvärdering avseende denna särskilda satsning som särskilt varit inriktad på kunskapsbaserad metodutveckling för tobakspreventivt arbete bestående av kompetensstöd, strategiskt och ekonomiskt stöd för att utveckla metoder inom barn- och ungdomsarbete, tobaksavvänjning och arbetet med rökfria miljöer. För år 2006 har 10 miljoner kronor avsatts varav 5 miljoner kronor till Slut-Röka-Linjen, och 5 miljoner kronor till organisationer inom det tobakspreventiva området.

Det internationella samarbetet är viktigt för att genomföra effektiva åtgärder på tobaksområdet. Tobak är delvis en reglerad vara i EU, där det finns ett antal EG-direktiv. Även WHO-samarbetet är viktigt där en ramkonvention har utvecklats för tobakskontroll. Sverige anslöt sig till konventionen den 7 oktober 2005 och det första partsmötet har hållits för att upprätta konventionens organisation.

Den 1 mars 2003 infördes en minimipunktskatt på cigaretter med ett lägre detaljhandelspris än cigaretter i den mest sålda priskategorin. Minimipunktskatten var vid införandet 90 procent av den sammanlagda punktskatten på cigaretter i den mest efterfrågade priskategorin. Minimiskatten har höjts till 100 procent fr.o.m. den 1 januari 2006.

Skadlig alkoholkonsumtion

Bestämningsfaktorn för hälsa, avseende alkohol, är skadlig alkoholkonsumtion, dvs. berusningsdrickande, drickande som är olämpligt med tanke på situationen samt drickande i tidiga barn- och ungdomsår. En central riskfaktor i detta sammanhang är tillgängligheten till alkohol. Huvudindikatorer är den totala alkoholkonsumtionen (skattad och självrapporterad) och dödsfall i alkoholrelaterad sjukdom eller skada.

Bestämningsfaktorn skadlig alkoholkonsumtion överensstämmer med det övergripande målet för alkoholpolitiken som regeringen har angivit i den nya nationella alkoholhandlingsplanen för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30).

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Det finns ett belagt samband mellan totalkonsumtionen av alkohol i samhället och graden av ohälsa och negativa sociala konsekvenser. Alkohol är den tredje största riskfaktorn för ohälsa i industriländerna och svarar för nio procent av den globala sjukdomsburden (Global Burden of Disease, WHO 2002). En hög och långvarig alkoholkonsumtion kan, förutom att orsaka beroende, leda till en rad olika kroppsliga sjukdomar, som t.ex. leversjukdomar, bukspottkörtelinflammation, vissa cancersjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar samt hjärnskador. Det finns även ett samband mellan hög alkoholkonsumtion och övervikt och fetma samt psykiska besvär. De

som dricker mycket vid samma tillfälle riskerar att drabbas av akuta problem, som t.ex. alkoholförgiftning och olycksfall. Berusningsdrickandet ökar också risken för våld, misshandel och andra alkoholrelaterade brott. Den ökande alkoholrelaterade brottsligheten i sig kan också leda till försämringar i människors hälsa och välbefinnande eftersom den är grund för rädsla och otrygghet.

Sociala omständigheter och levnadsvillkor spelar roll för uppkomsten av ohälsa. Människor i utsatta lägen löper av flera skäl större risk att hamna i eller skadas av ett missbruk. Personer som dricker mycket alkohol har ofta andra riskabla levnadsvanor, som t.ex. rökning eller drogmissbruk.

Skadliga alkoholvanor slår hårdare i grupper med låg inkomst och med mindre inflytande och delaktighet i samhället. Tidigare var alkoholkonsumtionen högst bland socioekonomiskt välbeställda grupper, men data från bl.a. den nationella folkhälsoenkäten 2004 ger signaler om att skadliga alkoholvanor främst ökar i grupper med lägre inkomst och bland ensamstående. Det är en oroande utveckling som riskerar att ytterligare öka ojämlikheten i hälsa i befolkningen. Det är viktigt att betydelsen av den sociala strukturen och de sociala förhållandena för alkoholrelaterade hälsoproblem och dödlighet lyfts fram.

– Utveckling av bestämningsfaktorn

Den svenska alkoholkonsumtionen har ökat med ca 33 procent sedan 1996 och uppgick år 2004 till 10,5 liter ren (100 procent) alkohol per invånare 15 år och äldre. År 2005 sjönk totalkonsumtionen något (10,2 liter) men det är för tidigt att säga om detta är ett trendbrott. I takt med den ökade alkoholkonsumtionen har också de alkoholrelaterade skadorna och problemen ökat, medan den alkoholrelaterade dödligheten inte ökat i motsvarande grad.

Alkoholkonsumtionen är mycket ojämnt fördelad. Den tiondel av konsumenterna som dricker mest svarar för cirka hälften av den totala alkoholkonsumtionen och endast 30 procent dricker mer än genomsnittet. Män dricker mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor, 14 respektive sex liter, men sett i ett längre tidsperspektiv har kvinnornas andel av den totala alkoholkonsumtionen ökat kraftigt. Den högsta konsumtionen finns i åldersgruppen 20–25 år. Särskilt oroande är den kraftigt ökande alkoholkonsumtionen bland ungdomar, även om den tycks ha mattats av något bland yngre ungdomar under senare år. Drogvaneundersökningar i årskurs 9 visar på en nedåtgående konsumtionstrend framför allt bland pojkar. Samtidigt har flickorna över tid ökat sin konsumtion och dricker nu nästan lika mycket som pojkar. Ökningen gäller inte flickor i åldersgruppen generellt, men gruppen flickor som dricker mycket har blivit större.

När totalkonsumtionen ökar så ökar också andelen alkoholkonsumenter som får problem på grund av sitt drickande. I Sverige är berusningsdrickandet vanligt och andelen storkonsumenter har ökat i takt med att den totala alkoholkonsumtionen har ökat. Den stora gruppen låg- och måttlig-hetskonsumenter svarar dock för de flesta akuta och lindriga sociala och medicinska problemen i befolkningen eftersom de är så många fler. Andelen riskkonsumenter i åldern 18–84 år var 17 procent bland männen och 9 procent bland kvinnorna år 2004. De flesta riskkonsumenterna återfinns i åldersgruppen 18 till 29 år där 38 procent av männen och 25 procent av kvinnorna har skadliga eller riskabla alkoholvanor.

Under senare år har alkoholkonsumtionen ökat snabbast inom gruppen medelålders kvinnor och det är också bland dem som de alkoholrelaterade hälsoproblemen ökar snabbast. Ett angeläget kunskapsområde när det gäller äldres hälsa generellt är hur alkohol samverkar med mediciner av olika slag. Män dricker fortfarande väsentligt mer än kvinnor, framför allt dricker de mer sprit och har högre grad av berusningsdrickande. Därigenom får männens alkoholkonsumtion både fler och svårare sociala konsekvenser jämfört med kvinnornas i form av olycksfall, våldsbrott och trafikonykterhet som medför skador och dödsfall.

En fjärdedel av alla dödsfall i åldrarna 20–49 år kan relateras till alkohol. Mäns alkoholrelaterade dödlighet är cirka fyra gånger högre än kvinnors. Sedan år 1980 har den alkoholrelaterade dödligheten minskat för män i åldersgruppen 25–64 år och för kvinnor under 45 år. För kvinnor i åldersgruppen 45–64 år och för män över 65 år har den alkoholrelaterade dödligheten ökat under senare år. Att ökningen bland kvinnor sker i yngre åldrar kan eventuellt bero på att kvinnor är mer känsliga för hög alkoholkonsumtion.

Trots den kraftigt ökade alkoholkonsumtionen ses ännu ingen generell ökning av den alkoholrelaterade dödligheten. Det tar emellertid relativt lång tid innan en ökning av alkoholkonsumtionen kan avläsas i dödlighets- och slutenvårdsregister och det är troligt att dödligheten kommer att öka framöver. Det kan också vara så att sambandet mellan totalkonsumtion och dödlighet har försvagats till följd av en minskad spritkonsumtion framför allt bland män och att bättre behandlingsmöjligheter gjort att överlevnadsgraden ökat också för personer med alkoholproblem. Socialstyrelsen uttrycker dock i sin folkhälsorapport år 2005 en tydlig oro för att vi nu är i början av en period där hälsokonsekvenserna av den ökade alkoholkonsumtionen kommer att framträda allt tydligare på sikt.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Den första nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador antogs av riksdagen år 2001 (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144.). Den drog upp riktlinjerna för det alkoholpolitiska arbetet nationellt och internationellt för den kommande femårsperioden. För att genomföra handlingsplanen avsattes sammanlagt ca 940 miljoner kronor under perioden 2001–2005. Av dessa gick huvuddelen, ca 530 miljoner kronor, via länsstyrelserna för att utveckla kommunernas lokala drogförebyggande arbete. En särskild kommitté – Alkoholkommittén – tillsattes med uppgift att samordna insatserna på nationell nivå och stimulera utvecklingen av insatser på regional och lokal nivå. Kommittén fick också i uppdrag att svara för information och opinionsbildning nationellt.

Under den gångna femårsperioden har Alkoholkommittén huvudsakligen satsat på att utveckla strukturer för ett kunskapsbaserat, långsiktigt och samordnat förebyggande arbete i kommunerna. Viktiga insatser har också varit utbildning, kompetensutveckling, metodutveckling och genomförande av insatser inom alkoholpolitiskt strategiskt viktiga områden som t.ex. skolan, högskola och universitet, hälso- och sjukvården, inom arbetslivet och trafiken samt olika åtgärder för att begränsa tillgängligheten. Huvudparten av utvecklingsinsatserna har riktats till barn och ungdomar. Barn till föräldrar med missbruksproblem och andra riskgrupper har stått i fokus för arbetet.

Merparten av de statliga medel som anslagit för handlingsplanernas genomförande har gått till att utveckla kommunernas lokala förebyggande arbete. FHI har i uppdrag att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen. Uppdraget skall redovisas årligen till regeringen och den slutliga avrapporteringen skall ske före utgången av år 2006. Uppföljningen fokuserar på i vilken utsträckning handlingsplanen har påverkat den nationella utvecklingen av skadlig alkoholkonsumtion. Statistik över konsumtionsutvecklingen, över alkoholrelaterad dödlighet och skadeutveckling, vårdkonsumtion, olycksfall och alkoholrelaterad brottslighet utgör grund för analysen. Utvecklingen i kommunerna följs upp genom studier av det politiska ansvaret, kunskapen om alkoholproblemen i kommunen, samordningen och den förebyggande verksamhetens inriktning och finansiering.

Den pågående utvärderingen visar på en ökad aktivitetsnivå och samordning av kommunernas förebyggande arbete under mätperioden. Det finns i dag ca 295 lokala och regionala samordnare av det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet och flertalet kommuner har utarbetat alkohol- och narkotikapolitiska handlingsprogram som är förankrade i beslutande politiska organ. Länsstyrelsernas position och samordnande funktion för det lokala alkohol- och drogförebyggande arbetet har stärkts, bl.a. genom att de fördelar bidrag till kommunernas verksamheter. Där emot behöver enligt Alkoholkommittén samarbetet mellan kommuner och landsting på det lokala planet förstärkas, liksom också samarbetet med polisen i många kommuner. Under senare år har ett samarbete med Tullverket och Rikspolisstyrelsen utvecklats kring åtgärder mot den illegala alkoholhanteringen. Det har bl.a. resulterat i en underrättelsebaserad kartläggning av den illegala alkoholhanteringen och en handlingsplan med åtgärder på detta område.

Regeringens proposition om nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner (prop. 2005/06:30) överlämnades till riksdagen i november 2005. Riksdagen antog den 21 februari 2006 regeringens förslag om en ny alkoholhandlingsplan för perioden 2006–2010. Fortsatta insatser behövs för att stärka det förebyggande arbetet, samarbetet och den politiska prioriteringen av det förebyggande arbetet på lokal och regional nivå. Vidare krävs insatser för att utveckla preventionsmetoder för barn, ungdom och unga vuxna och andra riskgrupper, exempelvis barn till föräldrar med missbruksproblem och riskgrupper inom hälso- och sjukvården samt inom företagshälsovården. Även metoder för att utveckla vården behöver utarbetas. Vidare krävs förstärkta insatser för att begränsa tillgängligheten och effektivisera insatserna för tillsyn och ansvarsfull alkoholserving, för att främja punktnykterhet, kunskapsutveckling, kompetens och metodutveckling, för att följa alkoholutvecklingen och samhällets insatser samt för att öka det internationella samarbetet.

I budgetpropositionen för år 2006 har sammanlagt 510 miljoner kronor aviserats för handlingsplanernas genomförande åren 2006–2007. Resurserna skall användas för att bl.a. förbättra samordning, uppföljning och utvärdering av de insatser som görs inom olika samhällssektorer samt för att stödja kommuner och landsting att utveckla sina insatser inom vården. Huvudansvaret för att genomföra handlingsplanen ligger initialt på Alkoholkommittén som skall initiera och samordna utvecklingsinsatser inom planens ram. Regeringen anser dock att det är angeläget att få en mer långsiktig struktur för genomförandet av alkoholpolitiken och avser därför

att återkomma med förslag om hur detta skall organiseras inom den befintliga myndighetsstrukturen. FHI har i uppdrag att utvärdera handlingsplanen och följa upp målen i alkoholpolitiken och rapportera en utvärdering för regeringen senast den 1 januari 2010.

Den ökande alkoholkonsumtionen och dess konsekvenser för folkhälsan är även internationellt ett växande problem. WHO har pekat ut alkohol som den femte största globala riskfaktorn för sjukdom. Varje år dör närmare två miljoner människor av alkoholrelaterade orsaker i världen, varav 600 000 i Europa, och experter räknar med att den alkoholrelaterade dödligheten kommer att öka ytterligare de närmaste åren. Även andra alkoholrelaterade skador som våld, olycksfall, trafikolyckor, produktionsbortfall, fosterskador och sociala problem är växande problem runt om i världen.

På världshälsoförsamlingens (WHA) möte i maj 2005 antogs en resolution som syftar till att intensifiera insatserna mot alkoholens skadeverkningar både på global nivå och inom medlemsländerna. Sverige har tillsammans med de övriga nordiska länderna varit initiativtagare till och drivande i detta arbete. Sverige har även aktivt deltagit i arbetet med att ta fram en ny alkoholstrategi för Europaregionen samt bekostat och hjälpt till att genomföra studier om alkoholens samhällsekonomiska kostnader.

Vidare har de nordiska regeringarna bildat en plattform för en gemensam alkoholpolitik som skall verka för att alkoholfrågan placeras högre på den internationella dagordningen och inom EU. Sverige skall inom EU, och i alla relevanta internationella organ, driva en aktiv och restriktiv alkoholpolitik baserad på ett folkhälsoperspektiv. Sverige har också länge arbetat för att få till stånd en gemensam strategi inom EU för att minska alkoholens skadeverkningar. Frågan bereds nu inom kommissionen och Sverige stödjer aktivt det arbetet. Enligt nuvarande planer kommer ett förslag att presenteras för Europeiska unionens råd under hösten 2006.

Bruk av narkotika

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

All användning av narkotika är av olika skäl förenat med hälsomässiga och psykosociala risker. Under senare år har också medvetenheten och kunskapen ökat om de hälsomässiga och psykologiska effekterna av cannabis och syntetiska droger.

Injektionsmissbrukare är hälsomässigt och socialt sett en mycket utsatt grupp. Sjuklighet och dödlighet i den gruppen är mångfalt större än bland normalbefolkningen. Uppgifter tyder på att upp emot 90 procent av narkotikamissbrukarna bär på hepatit C. Under perioden 2001–2003 upptäcktes i genomsnitt 32 hiv-smittade injektionsmissbrukare per år, vilket var en ökning i förhållande till nivåerna under andra hälften av 1990-talet. Enligt den beräkningsstandard som utvecklats av Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) har den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige ökat från år 1987 med 70 dödsfall fram till år 2000 då 191 dödsfall registrerades. År 2002 var motsvarande siffra 160 dödsfall.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

När det gäller narkotikaområdet är allt bruk av narkotika bestämningsfaktorn. All konsumtion och all hantering av narkotika är förbjuden enligt narkotikastrafflagen (1968:64). Narkotikamissbruket är därför även ett kriminal- och socialpolitiskt problemområde. Fyra områden är av betydelse för missbruksbilden: samhällsutveckling, samhällskultur, tillgänglighet samt insatser för begränsning av efterfrågan. De två huvudindikatorerna i narkotikapolitiska frågor utgörs av självrapporterad narkotikaanvändning och narkotikarelaterad dödlighet.

Det vanligaste narkotikapreparatet i Sverige är cannabis, såväl för experimentell användning som bland tunga missbrukare. Därefter följer ecstasy, amfetamin, samt illegal användning av narkotikaklassade läkemedel. Tillgängliga data tyder samtidigt på att heroin fortsätter att öka i omfattning. Tydliga regionala skillnader i narkotikakonsumtion syns i så gott som samtliga undersökningar. Egna erfarenheter av narkotika är generellt sett dubbelt så vanliga i storstadsområden som på mindre orter och i glesbygden. Närmare en fjärdedel av unga storstadsbor uppgav år 2003 att de någon gång använt narkotika, jämfört med färre än var tionde som var bosatt i en glesbygdsort. I en ungdomsundersökning som genomfördes år 2003 uppgav 17 procent av de tillfrågade svenska ungdomarna mellan 16–24 år att de någon gång använt narkotika. De senaste årens skol- och mönstringsundersökningar visar på en minskad erfarenhet av narkotika: sju procent bland skolorngdomarna i årskurs nio och 16 procent bland de mönstrande uppgav år 2004 att de någon gång använt narkotika. År 2001 var motsvarande andelar 10 respektive 18 procent. Motsvarande data för narkotikaanvändning under den senaste månaden är tre procent för skolelever och fem procent för mönstrande. Detta är första gången på 15 år som en minskning konstateras bland de mönstrande. Även om minskningen innebär ett trendbrott är det ännu för tidigt att avgöra om den utgör en bestående förändring. År 2000 uppgav 16 procent av männen och åtta procent av kvinnorna i den vuxna befolkningen att de någon gång provat narkotika.

Det tunga och mest problematiska missbruket finns huvudsakligen i storstadsregionerna. Olika uppskattningar har gjorts under årens lopp och den senaste från år 2002 pekar på att ca 26 000 till 28 000 individer har ett tungt missbruk. Detta skulle innebära att antalet personer med ett tungt missbruk har ökat med cirka två procent årligen under de senaste åren, vilket tyder på en lägre ökningstakt än under 1990-talet.

Med undantag för en tillfällig nedgång år 2002 har antalet personer som vårdas för alkohol- och narkotikamissbruk varit relativt konstant under senare år. Den 1 november 2003 skedde någon form av insats för omkring 21 000 personer med missbruksproblem, vilket var en ökning med cirka fem procent jämfört med föregående år. Drygt 3 600 av dessa hade insats inom institutionsvården, varav 222 avsåg vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Övriga insatser avsåg bl.a. strukturerad öppenvård samt bistånd till boende. Andelen kvinnor i missbrukarvården utgör omkring 25 procent, beroende på insats. Andelen kvinnor i tvångsvården är något större än inom den frivilliga vården.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

År 2002 antog riksdagen regeringens förslag till en nationell narkotikahandlingsplan för perioden 2002 t.o.m. 2005 (prop. 2001/02:91, bet. 2001/02:SoU15, rskr. 2001/02:93). Handlingsplanen har resulterat i ökade insatser mot narkotikaproblemet på lokal, regional och nationell nivå. I april 2005 överlämnade regeringen en skrivelse om Insatser för narkotikabekämpning utifrån regeringens narkotikahandlingsplan (skr. 2004/05:152) med en redogörelse över insatser för narkotikabekämpning utifrån regeringens narkotikahandlingsplan. I skrivelsen redogörs för de insatser som genomförts mot narkotika inom ramen för narkotikahandlingsplanen och inom ordinarie verksamhet.

För att samordna insatserna för att uppnå målen i handlingsplanen tillsatte regeringen en särskild narkotikasamordnare som har fått till stånd en narkotikapolitisk kraftsamling. Samordnaren har i en skrivelse avrapporterat insatserna för handlingsplanen för perioden 2002–2005 (dnr S2005/10485/FH). Framför allt har insatserna på den lokala och regionala nivån utvecklats positivt och flertalet kommuner har i dag någon form av drogpolitisk handlingsplan. Samordningen och samarbetet mellan kommuner och landsting har ökat och de statliga bidragen har bl.a. använts för att tillsätta särskilda drogsamordnare. Kommunernas respektive landstingens verksamhet har delvis fokuserats på insatser för ungdomar samt insatser inom missbrukarvården. Länsstyrelserna har fått en central position bl.a. genom fördelning av bidrag till narkotikapolitiska åtgärder i kommunerna och uppföljning av handlingsplaner. Regeringen har vidare beslutat att göra en särskild satsning för de tyngsta missbrukarna. Satsningen benämns Ett kontrakt för livet.

Den särskilda narkotikasatsningen inom kriminalvården har genererat kunskap och metoder i frågor som rör hur kriminalvårdens organisation skall kunna anpassas till – och i högre grad motivera och behandla – narkotikamissbrukande klienter.

De brottsbekämpande myndigheterna har intensifierat insatserna för att minska narkotikautbudet i samhället. Rättsväsendet har sedan år 2000 tillförts kraftiga resursförstärkningar, bl.a. har polisen förstärkts med nästan 3,4 miljarder kronor.

I den handlingsplan mot narkotika för perioden 2006–2010 som regeringen överlämnade till riksdagen i november 2005 (prop. 2005/06:30) slås åter igen fast att det övergripande målet för narkotikapolitiken skall vara ett narkotikafritt samhälle. Narkotikapolitiska insatser skall riktas mot tillgången, och efterfrågan på, narkotika i syfte att minska nyrekryteringen till missbruk, förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk samt att minska tillgången på narkotika.

I handlingsplanen slår regeringen vidare fast att fortsatta insatser behövs för att förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer, förbättra det förebyggande arbetet genom bl.a. metod- och kompetensutveckling, utveckla vårdinsatserna genom bl.a. metod- och kompetensutveckling, utveckla behandlingsperspektivet inom kriminalvården, effektivisera insatserna på kontrollområdet, förbättra metoderna för att följa narkotikautvecklingen och samhällets insatser samt för att öka det internationella samarbetet. FHI har fått i uppdrag att till den 1 januari 2010 presentera en samlad utvärdering av insatserna.

I Folkhälsopolitisk rapport 2005 behandlas dopning inte som en bestämningsfaktor för hälsa. Regeringens bedömning är dock att frågan bör behandlas på samma nivå som bestämningsfaktorerna med tanke på dopningens hälsoeffekter och under arbetet med 2009 års folkhälsopolitiska rapport bör FHI bredda uppföljningen inom målområdet så att den även omfattar dopning och indikatorer som speglar utvecklingen inom dopningsområdet.

– Samband mellan dopningsmissbruk och hälsa

Bland biverkningarna av ett missbruk av androgena steroider märks en minskad testosteronproduktion, med minskade testiklar och sterilitet som följd, samt bröstkörteltillväxt. Hos kvinnor ses en ökad kroppsbehåring, bröstförminskning, utveckling av mörkare röst och ökad sexualdrift. För båda könen ökar risken för förhöjda blodfetter, leverskada samt hjärtförstoring med risk för plötslig död. Vissa av dessa biverkningar kan bli bestående även om missbruket avbryts. Då användningen av preparaten upphör ses ofta en uttalad ångest och depressivitet. De kortsiktiga kroppsliga biverkningarna är välkända medan de långsiktiga riskerna är ofullständigt klarlagda. Den psykiska biverkan som uppmärksammas mest är en ökad aggressivitet som tar sig såväl verbala som kroppsliga uttryck och som kan vändas såväl inåt som utåt. Det finns vidare vetenskapliga studier som pekar på ett starkt samband mellan missbruk av androgena steroider och annat missbruk.

– Utvecklingen av dopningsmissbruk

Under 1990-talets början kom dopning som fenomen och användandet av dopningspreparat att uppmärksammas alltmer eftersom det blev uppenbart att användandet av sådana preparat inte längre var begränsat enbart till idrottsrörelsen utan även fanns i andra delar av samhället, bl.a. med anknytning till kroppsbyggnad och träning på gym.

Erfarenhet av anabola steroider är tämligen ovanlig bland såväl unga som vuxna. Åren 1993–2003 svarade en procent av pojkarna i årskurs 9, och färre än 0,5 procent av flickorna, i Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN:s) skolundersökningar att de någon gång prövat anabola steroider. I 2004 års undersökning ändrades frågeställningen, något som delvis kan förklara att andelen för åren 2004 och 2005 uppgår till två procent för pojkarna och en procent för flickorna. Enligt undersökningar av den vuxna befolkningen är det cirka en procent som någon gång använt anabola steroider. Erfarenheterna av tillväxthormon är ännu mer begränsad jämfört med anabola steroider. Däremot har beslagen av dopningspreparat och därmed också antalet lagförda personer ökat sedan år 1993 då helårsstatistik rörande brott mot dopningslagen tillkom.

Den svenska lagstiftningen har gradvis skärpts. År 1992 trädde lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel i kraft. Den gäller all hantering av syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon samt preparat som påverkar kroppens egen produktion av testosteron och tillväxthormon. I april 1999 kriminaliserades även bruket av sådana preparat samtidigt som straffskalan skärptes.

– Samband mellan bestämningsfaktorn och hälsa

Vid ökad tillgänglighet till spel ökar också det totala spelandet i landet och leder därmed till ett ökat antal spelberoende. Spelens utformning såsom snabb återkoppling mellan insats och utfall, att spelandet sker kontinuerligt och spänningsnivån är faktorer som påverkar spelaren att spela mer. Spelets utformning kan också påverka spelaren att överskatta den egna skickligheten och därmed spela mer. Spelautomater är det dominerande spelet bland problemspelare.

Fler spelberoende än andra spelare har en socialt instabil uppväxt. Depressioner, alkoholproblem och personlighetsstörningar är också visat sig vara vanligare bland spelberoende. Många personer med spelproblem saknar insikt om sina problem och förhållandevis få personer söker hjälp för sitt spelande. Ofta uppmärksammas spelproblemen först i samband med kriminalitet eller när anhöriga söker hjälp. I Sverige är de flesta behandlingsutbud privata. I Stockholm, Göteborg och Malmö finns sedan 2004 öppenvårdsprojekt där man erbjuder behandling i grupp enligt kognitiv beteendeterapi.

Ungdomar spelar generellt mindre än vuxna. Trots det får unga spelare oftare problem med sina spelvanor. Introduktion av nya spel, reklam och marknadsföring av olika spelformer verkar ha störst genomslag bland ungdomar som redan har spelproblem. Ungdomar med spelproblem påverkas också i större utsträckning än andra ungdomar av en ökad tillgänglighet av spel.

– Utvecklingen av bestämningsfaktorn

Spelberoende personer beskrivs ofta som personer som har uppenbara svårigheter att avhålla sig från spel och vars spelande får allvarliga konsekvenser. Med problemspelare avses ofta personer som har fått mer än enstaka problem på grund av sitt spelande, men som inte nått upp till kriterierna för spelberoende.

Forskningen om omfattningen av spelproblem är relativt begränsad. En stor svensk studie (Rönneberg m.fl. 1999) genomfördes under 1997–1998 och visade på att ca 70 000–110 000 personer (1,1–1,7 procent) i åldern 15–74 år kunde klassificeras som problemspelare och ytterligare ca 25 000–50 000 personer (0,4–0,8 procent) som kunde klassificeras som spelberoende (patologiska spelare). Bolaget Svenska spels mätningar visar på en ökning av antalet spelberoende till ca 45 000 under år 2005. Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät 2004, där frågor om spelvanor ingick, har sex procent av männen och två procent av kvinnorna riskabla spelvanor.

Det är troligt att omfattningen av problemspelandet har ökat under senare år. Utvecklingen på spelmarknaden expanderar och den huvudsakliga satsningen sker på spel som har flera riskfaktorer från spelberoendes synpunkt. Framförallt automatspel och spel på Internet har utvecklats kraftigt under senare år.

På senare tid har pokerspel på Internet uppmärksamrats mycket i media och det finns tecken på att detta ökat markant framförallt bland ungdomar. Mycket talar för att den snabba återkopplingen mellan insats och utfall samt att spelet är anonymt och har inslag av skicklighet leder till ett ökat antal människor riskerar att bli spelberoende.

– Insatser som påverkar bestämningsfaktorn

Flera samverkande åtgärder kan ha en dämpande effekt på utvecklingen av spelberoende, trots att spelandet ökar. En ökad samverkan mellan FHI och Lotteriinspektionen, som svarar för den centrala tillsynen av spelmarknaden utgör ett led i insatserna mot spelberoende. Fler myndigheter och samhällsaktörer kommer att bli berörda allteftersom kunskaperna om spelberoende ökar.

4.11 Bekämpning av mäns våld mot kvinnor

Regeringens bedömning: Mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt samhällsproblem som utgör ett hot mot kvinnors hälsa, välbefinnande och till och med liv. Att bekämpa denna form av könsrelaterat våld är en fråga som sedan flera år prioriteras högt.

Problemet med mäns våld mot kvinnor kan hanteras inom ramen för folkhälsopolitikens befintliga målstruktur. Under arbetet med sitt befintliga uppdrag inför nästa folkhälsopolitiska rapport bör Statens folkhälsoinstitut fortsätta analysera och vid behov vidareutveckla bestämningsfaktorer och indikatorer avseende mäns våld mot kvinnor.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Frihet från könsrelaterat våld bör bli ett nytt delmål inom folkhälsopolitiken.

Remissinstanserna: De remissinstanser som kommenterat frågan stödjer Statens folkhälsoinstituts förslag.

Skälen för regeringens bedömning:

Mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt samhällsproblem som utgör ett hot mot kvinnors hälsa, välbefinnande och till och med liv. Mörkertalen är stora när det gäller att uppskatta förekomsten av våld mot kvinnor i befolkningen. Förutom fysiska skador för de drabbade kränks även den personliga integriteten i övrigt på ett mycket destruktivt sätt. Våldet påverkar den psykiska hälsan och möjligheterna till ett gott liv. År 1993 antogs i Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling en deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor. I denna deklaration erkändes våld mot kvinnor som ett hinder för att uppnå jämställdhet, utveckling och fred. FN definierar våld mot kvinnor enligt följande: ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet.” Världshälsoorganisationen (WHO) har sedan år 2002 klassificerat mäns våld mot kvinnor som en folkhälsofråga.

Sverige är ett av få länder i världen som har en speciell lagstiftning när det gäller mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Brottet definieras som upprepade straffbara gärningar som riktar sig mot närstående kvinnor (grov kvinnofridsbränkning) eller mot barn och andra närstående personer (grov fridsbränkning).

Regeringen prioriterar sedan flera år tillbaka bekämpningen av mäns våld mot kvinnor. I arbetet för att motverka kvinnors utsatthet verkar regeringen inom flera olika politikområden.

Från och med år 2006 satsar regeringen och samarbetspartierna 135 miljoner kronor om året i tre år för att stödja kvinnojoursverksamhet, ombildningen av Rikskvinnocentrum till ett nationellt kunskapscentrum och kvinnors organisering. Under år 2006 skall totalt 77,5 miljoner kronor fördelas av länsstyrelserna till lokal kvinnojoursverksamhet. Kommunerna kommer under detta år att tillsammans med ideella kvinno-, tjej- och brottsofferjourer kunna ansöka om medel hos länsstyrelsen för att utveckla omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor och deras barn. Det är viktigt att verka för att förbättra möjligheterna att ta emot våldsutsatta kvinnor med utländsk bakgrund, funktionshinder eller missbruk.

Regeringen har vidare beslutat att låta genomföra en kartläggning av verksamheter som arbetar med att få våldsamma män att upphöra med våldsutövning samt verksamheter som riktar sig till våldsutsatta barn och unga. Härvid skall förslag lämnas på hur dessa skall kunna samordnas med liknande verksamheter för våldsutsatta kvinnor.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor (dir. S 2005:4). I utredningen skall stödet till våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem eller funktionshinder samt våldsutsatta kvinnor och flickor med utländsk bakgrund särskilt beaktas. Den 30 juni 2006 kommer utredaren bl.a. att lämna förslag till hur socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn skall kunna stärkas och förbättras.

För att ge en bättre bild av den faktiska brottsligheten har regeringen givit Brottsförebyggande rådet (Brå) i uppdrag att genomföra en årligen återkommande nationell brottsoffer- och trygghetsundersökning. Förhoppningen är att undersökningen skall ge en tydligare bild av förekomsten av mäns våld mot kvinnor. Resultatet av den första undersökningen skall presenteras senast år 2007. Eftersom kunskapen om våld och sexuella övergrepp mot funktionshindrade i dag är otillräcklig har regeringen i regleringsbrevet för år 2006 aviserat att regeringen avser att ge Brå i uppdrag att, i samråd med Handikappombudsmannen och Myndigheten för handikappolitisk samordning, kartlägga förekomsten av våld mot funktionshindrade.

För närvarande pågår även ett arbete inom rättsväsendet som bl.a. syftar till att modernisera rättsväsendets informationsförsörjning. Ett resultat av arbetet kommer vara att det i kriminalstatistiken kommer att kunna redovisas uppgifter om gärningsmännens respektive brottsoffrens kön.

Också inom polisväsendet bedrivs ett omfattande arbete för att bekämpa mäns våld mot kvinnor. Fram till år 2005 höjde regeringen anslagen till polisen med 2,3 miljarder kronor och aviserade även ett tillskott för perioden 2006–2007 med ca 1,1 miljard kronor. Detta innebär ett betydande resurstillskott för polisen och ökade möjligheter att bekämpa våldet mot kvinnor.

Att bekämpa mäns våld mot kvinnor är en del av regeringens arbete för jämställdhet och en central fråga inom jämställdhetspolitiken.

Regeringens jämställdhetspolitiska mål fastställdes 1994 i propositionen *Delad makt delat ansvar* (prop. 1993/94:147, bet. 1993/94:AU17, rskr. 1993/94:290) där det bl.a. slogs fast att frihet från sexualiserat (könsrelaterat) våld skall vara ett av delmålen för jämställdhetspolitiken. I den jämställdhetspolitiska proposition som lämnades till riksdagen i mars 2006 föreslogs ett omformulerat delmål på detta område: att mäns våld mot kvinnor skall upphöra. Kvinnor och män, flickor och pojkar, skall ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet. Bakgrunden till detta delmål är att regeringen anser det vara viktigt med ett förtydligande av det faktum att det oftast är en manlig förövare bakom det våld som kvinnor utsätts för. Det tidigare använda begreppet är könsneutralt och döljer både offer och förövare. Det omformulerade delmålet förtydligar ytterligare regeringens engagemang i denna fråga.

En särskild utredare tillkallades i februari 2004 för att finna formerna för en ombildning av Rikskvinnocentrum vid Uppsala Akademiska sjukhus för kvinnor som våldtagits och misshandlats till ett nationellt kunskapscentrum. Ett förslag till ombildning presenterades i betänkandet *Nytt nationellt kunskapscentrum, ombildning av RKC* (SOU 2004:117). Det nationella kunskapscentrumet för frågor om mäns våld mot kvinnor har remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet (dnr N2004/1056/JÄM).

Mäns våld mot kvinnor – ett folkhälsoproblem

Att mäns våld mot kvinnor upphör är en förutsättning för en god utveckling av hälsoläget i Sverige. Insatserna på detta område har inverkan på flertalet av folkhälsopolitikens målområden.

I propositionen *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35), som antogs av riksdagen i april 2003, slogs fast att folkhälsopolitikens övergripande nationella mål skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. I propositionen presenterades inga förslag till delmål.

I Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) föreslår Statens folkhälsoinstitut (FHI) att frihet från könsrelaterat våld bör införas som ett folkhälsopolitiskt delmål horisontellt över alla målområden. Upphörandet av mäns våld mot kvinnor är redan i dag ett mål för regeringens politik (se ovan). Därför kan nyttan av att införa ett nytt, liknande mål ifrågasättas. Regeringen konstaterar också att FHI:s förslag inte är förenligt med den folkhälsopolitiska målstrukturen. Delmål bör endast relateras till av riksdag eller regering antagna mål (se avsnitt 2.4). Det är sannolikt att det föreslagna delmålet skulle riskera att urvattna folkhälsopolitikens befintliga målområden, i första hand målområde 8 *Trygg och säker sexualitet och reproduktiv hälsa*.

Regeringen anser det vara av stor vikt att mäns våld mot kvinnor lyfts fram som ett folkhälsoproblem. I detta sammanhang är det även viktigt att uppmärksamma kvinnor som kan befinna sig i en särskilt utsatt situation, som exempelvis äldre, kvinnor med funktionshinder eller utländsk bak-

grund. Problemet med mäns våld mot kvinnor bör beaktas i det uppdrag Skr. 2005/06:205 regeringen har givit FHI om att göra en översyn av folkhälsopolitikens bestämningsfaktorer och indikatorer (se avsnitt 6.3). Under arbetet med sitt befintliga uppdrag inför nästa folkhälsopolitiska rapport bör FHI fortsätta analysera och vid behov vidareutveckla bestämningsfaktorer och indikatorer avseende mäns våld mot kvinnor.

Så kallat hedersrelaterat våld

Synen på kvinnors och mäns roller och rättigheter skiljer mellan olika grupper i samhället. Regeringen framhöll i propositionen Makt att forma samhället och sitt eget liv (prop. 2005/06:155, s. 90) att de insatser som genomförs inom integrationspolitiken skall präglas av ett tydligt köns- perspektiv. Insatserna som redovisas i den propositionen har kopplingar till flera av folkhälsopolitikens målområden.

Ett uppmärksammat problem är att såväl flickor och unga kvinnor som pojkar och unga män kan utsättas för s.k. hedersrelaterat våld och hot från sina anhöriga. För att få en överblick av problemets omfattning uppdrog regeringen först till länsstyrelserna att kartlägga behovet av skyddat boende för flickor och unga kvinnor. Länsstyrelserna uppskattade år 2004 att i hela landet var mellan 1 500 och 2 000 unga kvinnor utsatta och att mellan 150 och 300 av dem behövde skyddat boende. Det har också framkommit att homosexuella och bisexuella ungdomar samt unga transpersoner kan vara utsatta. Regeringens åtgärder omfattar därför ungdomar av bägge könen.

Länsstyrelserna i de tre storstadslänen har regeringens uppdrag att stimulera inrättandet av platser i skyddat boende. Platserna får även disponeras för ungdomar utanför storstadslänen. Alla länsstyrelser har fått i uppdrag att arbeta förebyggande genom utbildningssatsningar, utarbetande av handlingsplaner, stöd till projekt för attitydpåverkande arbete m.m. Även centrala myndigheter som Socialstyrelsen, Ungdomsstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Åklagarmyndigheten, Domstolsverket, Myndigheten för skolutveckling och Samarbetsnämnden för statsbidrag till trossamfund har fått regeringsuppdrag att motverka s.k. hedersrelaterat våld.

Så kallat hedersrelaterat våld berör flera av folkhälsopolitikens målområden och bestämningsfaktorer inom dessa. Inför den kommande folkhälsopolitiska rapporten som FHI skall lämna till regeringen år 2009 bör institutet överväga till vilken eller vilka bestämningsfaktorer anknytningen är starkast.

I januari 2006 presenterade regeringen rapporten Patriarkalt våld som hot mot mänsklig säkerhet som beskriver våldet i Sverige och globalt liksom åtgärder mot våld.

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) slog regeringen fast att folkhälsoaspekter bör beaktas tydligare när regeringens politik och verksamhet utformas. På ett övergripande plan är det statliga målstyrningssystemet den metod som bör utnyttjas för att ambitionerna med folkhälsomålen skall uppnås i praktiken. Det betyder samtidigt att ansvaret för folkhälsopolitikens genomförande är uppdelat på ett stort antal aktörer och sker på ett flertal olika arenor.

5.1 Aktörer

Regeringens bedömning: Den nuvarande ansvarsfördelningen mellan myndigheter vars verksamhet har betydelse för folkhälsoarbetet bör behållas. Statens folkhälsoinstitut bör även i fortsättningen ha en samordnande roll. Avgörande för att det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och målen inom folkhälsopolitikens målområden skall nås är att de statliga myndigheter som påverkar bestämningsfaktorerna för hälsa vidtar insatser samt att kommuner och landsting fortsätter att prioritera viktiga insatser för en bättre folkhälsa. Metoden att involvera en bred grupp av myndigheter i arbetet med folkhälsofrågor bör utvecklas vidare. Även privata aktörer, som ideella organisationer, spelar en viktig roll i arbetet för att nå en bättre hälsa.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: De flesta kommentarerna gäller kommunernas insatser. *Länsstyrelsen i Skåne* anser att det skulle behövas en kartläggning av vilka hinder och svårigheter som finns för att låta folkhälsopolitiska aspekter genomsyra det kommunala arbetet. Samordning mellan arbetsförmedling och socialtjänst har gett goda resultat. Trots det har få kommuner använt sig av möjligheten. *Gotlands kommun* anser att en stor del av insatserna, och därigenom kostnaderna, för folkhälsoarbete faller på regionalt och lokalt ansvariga, vilket t.ex. kräver personella resurser, utbildning och metodutveckling samt utökning av arbetsuppgifterna. Även om insatserna på längre sikt förväntas bidra till ökad hälsa och lägre kostnader så orsakar insatserna i nuläget kostnader som enligt kommunen är svårt att förena med kravet på ekonomi i balans. *Gotlands kommun* anser därför att det initialt krävs statliga medel. *Malmö stad*, *Östersunds kommun* och *Landstingen i Östergötland* och *Dalarnas län* förutsätter att staten fullt ut finansierar de förslag i Statens folkhälsoinstituts (FHI:s) rapport som innebär merkostnader för kommuner och landsting. Landstinget i Östergötland understryker att ett krav på att landstingens folkhälsoenheter skall ha kapacitet att vara en stödfunktion för folkhälsoarbetet till såväl kommuner och andra lokala aktörer som internt inom hälso- och sjukvården innebär stora resursbehov.

FHI:s förslag om en organisation för regionalt folkhälsoarbete och remissinstansernas synpunkter på detta behandlas i avsnitt 6.

Svenska Röda Korset saknar frivilligorganisationerna i listan över krafter som kan spela en roll i folkhälsoarbetet. *Kooperativa förbundet (KF)*

får intrycket att samhället i rapportskrivarnas ögon består av den offentliga sektorn och förordar att näringslivet och den ideella sektorn involveras. Även *Tjänstemännens Centralorganisation* förordar att den ideella sektorn involveras mer. KF vill även se att folkhälsopolitiken i högre grad än hittills samordnas med andra politikområden. *Riksförbundet Hem och Samhälle* menar att ideella organisationer kan vara den felande länken mellan myndigheter och medborgare i folkhälsofrågor. Skr. 2005/06:205

Skälen för regeringens bedömning

Nationella ledningsgruppen för folkhälsofrågor

För att stärka samordningen av folkhälsoarbetet på en hög nivå inrättade regeringen i september 2003 en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor under ledning av folkhälso- och socialtjänstministern. I gruppen ingår cheferna för 16 myndigheter vars arbete har stor betydelse för ambitionerna att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet. Dessutom är Sveriges Kommuner och Landsting representerat.

Inrättandet av gruppen är ett steg i processen att integrera folkhälsoaspekterna i andra politikområden. Ledningsgruppen har inte någon beslutande funktion utan är en förstärkande och samordnande länk mellan den politiska riksnivån och myndigheter på nationell, regional och lokal nivå. Myndigheternas ansvarsområden eller uppgifter har inte ändrats. Samordningen när det gäller uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken är fortfarande en uppgift för Statens folkhälsoinstitut (FHI).

Statens folkhälsoinstituts roll

FHI har enligt sin instruktion (2001:309) till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Efter förslag i propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter ansvarar institutet för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet (prop. 2000/01:99, bet. SoU 2000/01:16, rskr. 2000/01:233). Av instruktionen framgår bl.a. att FHI skall:

- analysera utvecklingen av folkhälsan med utgångspunkt i de faktorer som påverkar denna,
- förse regeringen med information och med underlag för beslut,
- ställa samman och till kommuner och landsting sprida forskningsresultat om metoder och strategier inom folkhälsoområdet,
- samarbeta med myndigheter som har uppgifter inom institutets ansvarsområden samt
- följa och aktivt medverka i det internationella folkhälsoarbetet.

Institutet är även ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet och ansvarar för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Regeringen kan besluta att institutet skall genomföra nationellt samordnade insatser på folkhälsoområdet. Institutet skall samverka med andra aktörer för att målen inom folkhälsopolitikens målområden skall nås. En av FHI:s viktigare uppgifter är att samordna arbetet med att utveckla bestämningsfaktorer och indikatorer för folkhälsan (se avsnitt 2.4).

Enligt sin instruktion (1996:570) har Socialstyrelsen flera arbetsuppgifter som är av stor vikt för folkhälsoarbetet. Bland annat är Socialstyrelsen den centrala förvaltningsmyndigheten för verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälso-skydd, smittskydd, stöd och service till vissa funktionshindrade samt vissa frågor om vård och behandling av personer med missbruksproblem. I rollen ingår att svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg. Socialstyrelsen har även ett sektorsansvar för handikappfrågor med anknytning till sitt verksamhetsområde.

Socialstyrelsen har en viktig roll när det gäller att ta fram underlag till beslut på olika nivåer. Myndigheten ansvarar för officiell statistik enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. I enlighet med ett uppdrag i regleringsbrevet för år 2004 lämnade Socialstyrelsen i mars 2006 sin sjätte nationella Folkhälsorapport till regeringen (dnr S2005/2557/FH). Den ligger till grund för bl.a. Statens folkhälsoinstituts Folkhälsopolitisk rapport 2005 samt lägesredovisningen i avsnitt 3 i denna skrivelse.

Med hjälp av sitt epidemiologiska center och på andra sätt skall Socialstyrelsen följa, analysera och rapportera om hälsoutvecklingen i landet samt belysa epidemiologiska konsekvenser av olika åtgärder. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) ingår i Socialstyrelsen. Det skall främja utvecklingen av metoder och arbetsformer i socialt arbete genom systematisk prövning och värdering av utfall och effekter av socialtjänstens insatser samt förmedla kunskap om verkningsfulla metoder och arbetsformer.

I arbetet med att uppnå miljö kvalitetsmålen har Socialstyrelsen det övergripande ansvaret för hälsofrågor inom samtliga miljö kvalitetsmål.

Andra statliga myndigheters arbete med folkhälsofrågor

Många myndigheters insatser är avgörande för att målen inom folkhälso-politikens målområden skall kunna uppnås. Det gäller centrala och regionala statliga myndigheter samt landsting och kommuner. Sammanfattningsvis kan sägas att myndigheternas insatser är omfattande. Redovisningen nedan är inte på något sätt uttömmande utan får snarare ses som en exemplifiering.

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) nämndes att närmare 50 nationella myndigheter har ansvar för verksamheter som påverkar folkhälsan. De har anknytning till 31 politikområden. Samtidigt var det uppenbart att bilden av olika myndigheters insatser inom folkhälso-området var ofullständig.

Kartläggning om koppling mellan den egna verksamheten och folkhälsoarbetet

Under åren 2004 och 2005 har 30 myndigheter, varav åtta länsstyrelser, haft i uppdrag att redovisa sina insatser inom folkhälsoområdet. Dessutom redovisade Rikspolisstyrelsen och Ungdomsstyrelsen synpunkter. Myndigheterna skulle med utgångspunkt i mål på politikområdes-, verksamhetsområdes- och verksamhetsgrensnivå, identifiera sin roll inom folk-

hälsoområdet och redogöra för sina nuvarande insatser samt för planerade insatser för att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och målen inom de elva målområdena. De skulle även redovisa hur insatserna avses att följas upp, dvs. vilka indikatorer som föreslås användas för att följa upp målen med anknytning till folkhälsa.

Myndigheterna som genomfört analyserna är eniga om att bestämningsfaktorer och indikatorer, insatser och insatsers effekter, bedömningar av hälsokonsekvenser och rapportering är frågor som bör behandlas under det framtida utvecklingsarbetet. En annan slutsats är att målen inom vissa målområden konstaterades vara dåligt specificerade. Frågan om översyn av mål och målområden behandlas närmare i avsnitt 6.3 i denna skrivelse.

De styrmedel som står till myndigheternas förfogande är oftast administrativa, ekonomiska och informationsbaserade. Ofta sker påverkan på bestämningsfaktorer via andra aktörer. Myndigheternas insatser utgör endast en del av den helhet som kan ha påverkan. Dock pekar bl.a. Naturvårdsverket, Statens jordbruksverk, Statens skolverk, Statens strålskyddsinstitut och Vägverket på tydliga effekter av sitt arbete.

Kemikalieinspektionen pekar på att all dess verksamhet syftar till att förebygga att människor och miljö kommer till skada till följd av kemikalieanvändning. Exempel på insatser är medverkan i arbetet med att få till stånd nya EU-regler (REACH, se avsnitt 4.5) för hantering av kemikalier och bekämpningsmedel samt tillsyn av tillverkares och importörers produktinformation.

Läkemedelsverket och Brottsförebyggande rådet anger att de har ett indirekt inflytande på befolkningens hälsa som är svårt att särskilja från andra aktörers inflytande. Samtidigt framhåller de att deras betydelse inte skall underskattas. De är viktiga delar av ett nätverk av myndigheter och organisationer som tillsammans har en betydande påverkan på hälsan.

Många myndigheter framhåller att deras verksamhet och sektorn de verkar i är viktig för utvecklingen av folkhälsan. Deras redovisningar ger tydliga belägg för att de på många olika sätt påverkar viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Flera hävdar att de har uppgifter även inom andra målområden än de som anges i Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35). Några av myndigheterna är därför relevanta i ytterligare målområden, exempelvis Vägverket inom målområde 2, *Ekonomisk och social trygghet*. Samtidigt är effekter på bestämningsfaktorer för hälsa i allmänhet indirekta och därmed svåra att klargöra. Regeringens bedömning är att metoden att involvera en bred grupp av myndigheter i arbetet med folkhälsofrågor bör utvecklas vidare.

Handisam

I och med att Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) bildades den 1 januari 2006 har en samlad samordnings- och stödfunktion skapats. Myndigheten skall bistå regeringen med underlag för styrningen mot de handikappolitiska målen, samordna och stödja framför allt sektorsmyndigheternas arbete, utvärdera handikappolitiken utifrån ett tvärsektorriellt perspektiv i samverkan med andra myndigheter och vara pådrivande huvudsakligen genom att utveckla riktlinjer för tillgänglighet där staten genom sina myndigheter skall vara ett föredöme samt stödja olika aktörer genom bl.a. kunskapspridning. En ny och grundläggande tanke med

handlingsplanen för handikappolitiken är att det skall vara tydligt att alla samhällssektorer har ett ansvar för att genomföra handikappolitiken. Ansvaret skall inte ligga enbart på de myndigheter som traditionellt arbetar med handikappfrågor. Samtliga myndigheter under regeringen skall utforma och bedriva sin verksamhet utifrån de handikappolitiska målen enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken. Därutöver fick ett antal statliga myndigheter ett särskilt sektorsansvar som innebär att de får ett särskilt stort ansvar för att förverkliga de handikappolitiska målen inom sitt samhällsområde.

Länsstyrelserna

Länsstyrelsernas ansvarsområde framgår av förordningen (2002:864) med länsstyrelseinstruktion. Som myndigheter på regional nivå är de nyckelaktörer i folkhälsoarbetet. Kombinationen av regional förankring, inte minst kontakten med kommunerna, samt länsstyrelsernas breda kompetens inom många olika sakområden bidrar till detta. Länsstyrelsens arbete anknyter till de flesta målområdena, men framför allt till målområdena 1–5 samt 11.

Mot den bakgrunden gav regeringen i regleringsbrevet för år 2005 åtta länsstyrelser i uppdrag att identifiera sin roll inom folkhälsoområdet samt att redovisa pågående och planerade insatser som bidrar till att det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och att målen inom de elva målområdena kan nås (dnr S2005/5543/FH, S2005/6410/FH, S2005/6534/FH, S2005/6549/FH, S2005/6550/FH, S2005/6576/FH, S2005/6585/FH samt S2005/6677/FH). Detta material rapporterades till FHI som använde det som underlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Sammanställningen visar hur länsstyrelserna verkställer åligganden i enlighet med beslut av riksdagen eller regeringen med arbetsmetoder anpassade till de regionala förutsättningarna. Redovisningen nedan bygger på detta underlag. I regleringsbrevet för år 2006 fick övriga tretton länsstyrelser samma uppdrag.

– Ett jämställt samhälle

Länsstyrelserna arbetar för att jämställdhetsaspekter skall finnas med i all samhällsutveckling. Det gäller exempelvis transport-, miljö- och landsbygdspolitik. Länsstyrelserna utvecklar metoder och stödjer andra som arbetar med samhällsutveckling så att de kan använda jämställdhetsmålen när de utarbetar sina program och planer samt genomför åtgärder. Länsstyrelserna informerar och stödjer också länets arbetsgivare och de fackliga organisationerna så att de skall kunna uppnå bestämmelserna i jämställdhetslagen.

– Miljö

Länsstyrelserna har flera roller i arbetet för en bättre miljö, som berör målområde 5, *Sunda och säkra miljöer och produkter*. Till exempel prövar de verksamheter enligt miljöbalken och är tillsynsmyndighet för större miljöfarliga verksamheter. Dessutom prövar de tillstånd eller samråder kring vägdragningar, radiomaster eller annan exploatering.

Enligt förordningen (2002:864) med länsstyrelseinstruktion skall länsstyrelserna verka för att miljö kvalitetsmålen uppnås regionalt. De ansvarar därför för regionalt miljömåls- och uppföljningsarbete. Miljömålsarbetet är ett väl utvecklat exempel på hur ett nationellt system med mål och uppföljning har omsatts regionalt genom att det regionala miljömåls- och uppföljningsarbetet har förankrats brett i länen. Detta utvecklas närmare i propositionen Svenska miljömål – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004/05:150, sid. 338–343).

I länsstyrelsernas miljömålsarbete är kopplingen till folkhälsoarbetet tydlig. Exempelvis har länsstyrelsen i Kalmar län fört in människans hälsa som ett grundläggande värde. De regionala miljö kvalitetsmålen har satts upp utifrån bl.a. de ekonomiska och sociala förutsättningar som finns i länet, vilket är en förutsättning för att nå en hållbar utveckling i alla dess delar.

Länsstyrelserna arbetar med fysisk planering och med att bevara ett representativt bestånd av kulturmiljöer och kulturlandskap. Arbetet bidrar till att nå miljö kvalitetsmålen med anknytning till biologisk mångfald och skapar förutsättningar för ett aktivt friluftsliv vilket bidrar till att nå målen inom målområde 9, *Ökad fysisk aktivitet* (avsnitt 4.9).

– Hållbara transporter

Ett annat exempel på att länsstyrelserna är viktiga aktörer när det gäller regionala insatser för att nå en hållbar utveckling är insatserna inom transportsektorn. Länsstyrelsen i Stockholms län bedriver tillsammans med regionala aktörer samarbetsprojektet "Hållbara Resor och Transporter". Avsikten är att under två och ett halvt år utveckla ett regionalt samarbete och samordning av åtgärder som påverkar transportbehovet, val av transportsätt samt leda till ett effektivare utnyttjande av befintlig infrastruktur och fordon. Åtgärderna förväntas öka effektiviteten i transportsystemet, minska trängseln, öka tillgängligheten samt minska miljö påverkan.

– Social omvårdnad och tillsyn

Länsstyrelserna utövar tillsyn enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:837) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I det ingår tillsyn över socialtjänsten, privata vårdhem, behandlingshem, äldreboenden och vissa frågor enligt alkohollagen (1994:1738). Inom alkoholområdet arbetar länsstyrelserna med missbruksärenden inklusive tillstånd till behandlingshem och serveringsfrågor. En annan viktig fråga är ärenden om ungdomar som inte bor hemma där länsstyrelsen skall avgöra ansvarsfrågan om försörjning etc.

Den nationella alkoholhandlingsplanen och den ökade införseln av alkohol i kombination med s.k. garageförsäljning har lett till förstärkta åtgärder från länsstyrelsernas sida. Länsstyrelserna i de flesta av landets län leder exempelvis samverkansgrupper i vilka statliga myndigheters regionala organ ingår tillsammans med representanter för landsting och kommuner. Länsstyrelserna i alla län stödjer länets kommuner genom att fördela utvecklingsmedel och följa upp dess användning. I alla län finns dessutom länssamordnare varav knappt hälften är placerade på länsstyrelsen. Länssamordnarna stödjer det egna länets kommuner för att ut-

veckla ett mer systematiskt och samordnat alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Skr. 2005/06:205

Länsstyrelsen i Värmlands län gjorde under 1990-talet en kartläggning kring våld mot kvinnor, som följdes upp år 2003. Våldet mot kvinnor är fortfarande ett stort problem (avsnitt 4.11). Några kommuner har börjat arbeta mer aktivt med denna fråga.

En kartläggning av s.k. hedersrelaterat våld gjordes i samtliga län år 2004. Länsstyrelserna i alla län har erhållit medel för att arbeta med denna fråga.

– Bra bostäder i bra miljöer

Länsstyrelserna arbetar med frågor enligt plan- och bygglagen, PBL, (1987:10), energianvändning och ekologiskt hållbart byggande. Målet är att bostäder och miljön runt dem utformas på ett bra sätt. En uppgift är att informera om de statliga stöd som finns för att bygga om eller bygga nytt. Länsstyrelserna uppmuntrar till ett ekologiskt hållbart byggande som tar hänsyn till både ungas och äldres bostadsbehov. Som en del av detta handlägger länsstyrelserna ansökningar om bidrag för att bygga om eller bygga nytt, radonsanera, värma upp med solenergi och byta från direktverkande el till annan energikälla.

– Livsmiljöbokslut

Länsstyrelsen i Västernorrland arbetar med s.k. livsmiljöbokslut. Bakgrunden är att livsmiljön är en viktig utvecklingsfaktor, en god livsmiljö är en förutsättning för en hållbar regional utveckling. Bokslutet är ett viktigt instrument i länsstyrelsens samordning av statlig verksamhet på regional nivå. Det riktar sig till förtroendevalda och tjänstemän inom stat, kommun och landsting men kan även vara ett viktigt underlag för andra aktörer i det regionala och lokala utvecklingsarbetet.

– Regional utveckling

Målet för den regionala utvecklingspolitiken är väl fungerande och hållbara lokala arbetsmarknadsregioner med en god servicenivå i alla delar av landet. Arbetet är även viktigt ur ett folkhälsoperspektiv, eftersom faktorer som sysselsättning m.m. är väsentliga för människors hälsa. Samtidigt är hälsa en viktig faktor för hållbar tillväxt (avsnitt 2.2). De strategiska regionala utvecklingsprogrammen (RUP) och de operationella regionala tillväxtprogrammen (RTP) är centrala instrument för att uppnå målet för den regionala utvecklingspolitiken.

Genom sitt ansvar i det regionala utvecklingsarbetet har länsstyrelserna ett viktigt inflytande på utvecklingen av bestämningsfaktorerna för folkhälsa.

Regeringen har under en försöksperiod överfört det regionala utvecklingsansvaret från respektive länsstyrelse till Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Genom lagen (2002:34) om samverkansorgan i länen har det blivit möjligt för kommuner och landsting att fr.o.m. år 2003 bilda samverkansorgan för regionala utvecklingsfrågor. Länsstyrelsernas roll har samtidigt stärkts vad gäller tillsyn, uppföljning och utvärdering.

Länsstyrelserna alternativt självstyrelseorgan eller kommunala samverkansorgan har det regionala utvecklingsansvaret att ta fram en strategi

för regionens långsiktiga hållbara utveckling, ett så kallat regionalt utvecklingsprogram. Detta fastställs i förordningen (2003:595) om regionalt utvecklingsarbete.

Utvecklingsprogrammets funktion är att tydliggöra länens övergripande strategiska prioriteringar, vara riktningsgivande för de operationella tillväxtprogrammen samt utgöra underlag för samverkan mellan och inom statlig och kommunal verksamhet. RUP skall utarbetas och genomföras i samråd med kommuner och landsting, näringsliv, organisationer samt med berörda statliga myndigheter. Målen som fastställs i RUP skall beakta målet för den regionala utvecklingspolitiken samt övriga nationella mål. Programmen skall utgå från en analys av de särskilda regionala utvecklingsförutsättningarna och revidering av programmen skall göras vid behov. Flera regioner har tagit upp hälsofrågor i sina regionala utvecklingsprogram.

Statliga myndigheter skall i sin planering av verksamheten beakta RUP och de regionala tillväxtprogrammen. I juni 2004 gav regeringen därför ett antal myndigheter i uppdrag att redovisa förslag till metoder som bidrar till att stärka myndigheternas arbete med regionala utvecklingsprogram. Uppdraget redovisades i september 2005 och utgör underlag för Regeringskansliets fortsatta utvecklingsarbete. En arbetsgrupp med myndighetsrepresentanter behandlade särskilt kopplingen till att främja folkhälsa och förebygga ohälsa.

De länsstyrelser som inte har ansvar för arbetet med RUP skall medverka i det utifrån ett hållbarhets- och statligt samordningsperspektiv. Länsstyrelserna har initierat eller deltar i projekt och program som har sin utgångspunkt i andra politikområden men har en bred koppling till arbetet med folkhälsofrågor. Länsstyrelsen i Stockholms län arbetar exempelvis med projektet ”Regional plattform för integration och tillväxt”. I projektet medverkar de regionala parter som gemensamt ämnar satsa resurser på viktiga insatser som leder till bättre sysselsättning och integration i regionen.

Frågor kring sysselsättning och meningsfulla arbeten är en av de viktigaste faktorerna för att personer skall få god hälsa. För att skapa nya arbetstillfällen skall länsstyrelserna stimulera näringslivets utveckling, inklusive nyföretagande. Detta sker bl.a. genom direkt stöd till investeringar som både kan bredda produktionen och företagets marknad och genom stöd till utvecklingsprojekt.

Landstingen

För landsting och kommuner är det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och målen inom målområdena vägledande och bör fungera som stöd och inspiration i arbetet på regional och lokal nivå, till exempel i arbetet med att utarbeta mål och system för uppföljning. FHI har kartlagt deras folkhälsoarbete genom intervjuer med nyckelpersoner.

I 2 och 3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges att landstingen skall arbeta för att förebygga ohälsa och även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Landstingen har en självklar roll i det förebyggande arbetet med hälsofrämjande hälso- och sjukvård, primärvård inklusive mödra- och barnhälsovård och tandvård. Detta behandlas ytter-

ligare i avsnitt 4.6 om målområdet *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Skr. 2005/06:205

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i folkhälsoarbetet men även landstingens och regionernas övriga verksamhet har betydelse ur ett folkhälsooperspektiv. De är bl.a. kunskapscentra och stödjer kommunerna. Dessutom svarar de för viktiga regionala verksamheter som kollektivtrafik, kultur, utbildning (folkhögskolor) och miljöfrågor.

Landstingens uppdrag och geografiska ansvarsområde är samtidigt i förändring. I dag finns 20 landsting och Gotlands kommun med landstingsansvar. Landstingens och regionernas uppdrag varierar. Det kommunala självstyret innebär att verksamheten kan anpassas till lokala förutsättningar. Ansvarskommittén (dir. 2004:93) skall i den andra etappen av sitt uppdrag analysera och bedöma om struktur och uppgiftsfördelning inom staten och mellan staten, landstingen och kommunerna behöver förändras. Syftet är dels att förbättra samhällsorganisationens möjligheter att hantera framtidens välfärdsåtaganden och bidra till ökad tillväxt inom ramen för hållbar utveckling, dels att förbättra medborgarnas möjligheter till inflytande, insyn och ansvarsutkrävande genom att skapa en tydligare samhällsorganisation. Kommittén skall där den finner det motiverat föreslå förändringar. Utgångspunkten för kommitténs arbete skall vara en välfärd på lika villkor och efter behov som styrs demokratiskt och är solidariskt skattefinansierad.

– Landstingen och den nationella folkhälsopolitiken

Den nationella folkhälsopolitiken har fått genomslag i landsting och regioner. Tjugo av dem har aktivt arbetat med att föra ut kunskap om den nationella folkhälsopolitiken inom landstinget. Samtliga har antagit en övergripande handlingsplan för folkhälsoarbetet. Handlingsplanen har i nio landsting tagits fram gemensamt med andra aktörer, i första hand kommunerna men även Försäkringskassan m.fl. Ett exempel är Jämtlands läns folkhälsoplan som ett stort antal aktörer i länet har ställt sig bakom. Planen innehåller specifika mål för länet inom vart och ett av folkhälsopolitikens elva målområden.

Arton av landstingens handlingsplaner anknyter till den nationella folkhälsopolitiken och de elva målområdena. Frågor inom alla målområden har på olika sätt prioriterats i landstingens/regionernas övergripande handlingsplaner. Vanligast är frågor som rör målområde 6 om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, levnadsvanor och barns och ungas hälsa samt målområde 4 om hälsofrämjande arbete, i första hand avseende den egna personalen.

År 2001 hade 13 landsting fattat beslut om att använda hälsokonsekvensbedömningar (HKB) (se avsnitt 6.1). Enligt intervjuer år 2005 använder sex landsting HKB i varierande grad. Merparten av landstingen tycker att HKB är ett viktigt verktyg, men att det bör anpassas bättre till hälso- och sjukvårdens verksamhet. För detta behövs tid och kompetens. Flera av landstingen menar att de metoder som finns i dag är bäst lämpade för kommunala beslut.

– Organisation och styrning

Den politiska beredningen av folkhälsofrågor sker i de flesta landsting i en hälso- och sjukvårdsnämnd, sjukvårdsstyrelse eller motsvarande med beslut i landstingsstyrelse/fullmäktige. I sex landsting finns ett särskilt utskott eller en beredning för folkhälsofrågor. 17 landsting har särskilda folkhälso-/samhällsmedicinska enheter eller motsvarande. FHI:s sammanställning visar att de samhällsmedicinska resurserna skiljer sig mycket åt mellan olika landsting, både när det gäller antalet personer och kompetens, och i vilken grad resurserna står i relation till antalet invånare i länet.

– Landstingens samhällsmedicinska stödfunktion

Landstingen har vanligtvis en samhällsmedicinsk stödfunktion för arbetet med folkhälsa inom landstinget och i länet, i första hand för epidemiologisk bevakning, folkhälsorapportering och kunskapsstöd. En viktig uppgift är att följa upp befolkningens hälsoutveckling. De flesta landsting gör med några års mellanrum befolkningsenkäter och folkhälsorapporter som beskriver levnadsvillkor och hälsoutveckling i länet. Rapporterna ger stöd för analys både inom landstingen och inom de berörda kommunerna.

Stödet till andra aktörer, främst kommuner, omfattar många olika aktiviteter. Bland annat deltar dessa aktörer i arbetet med att utarbeta folkhälsopolitiska länsprogram och medverkar i regionala/lokala folkhälsoråd. Med olika syften tar de samhällsmedicinska enheterna fram och sammanställer kunskap som kan användas för uppföljning och utvärdering som efter analys kan användas som beslutsunderlag. De medverkar även i utbildning och kan på annat sätt stödja med sin kunskap i olika sammanhang.

Kvaliteten och omfattningen av det samhällsmedicinska stödet varierar. Några landsting (Kalmar, Västerbotten och Västmanland) uttrycker en ändrad inriktning under det senaste året. Från att tidigare ha fokuserat på att stödja och stärka det hälsofrämjande arbetet hos andra aktörer vänds blickarna nu inåt för att ge stöd inom landstinget till en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I några landsting har man minskat projektbidragen till kommuner och upphört att samfinansiera lokala hälsoplanerare.

– Landsting i folkhälsosamverkan

Landstingens regionala stödfunktion och utåtriktade folkhälsoverksamhet bedrivs till stor del i olika samverkansformer. Det finns samverkan på politisk nivå i folkhälsoråd m.m. Vanliga samverkansformer är ungdomsmottagningar, familjecentraler, programarbete för tobak och alkoholförebyggande arbete. Samverkan bedrivs också mellan olika län, t.ex. i CDUST-länen (Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län) där samverkan sker kring gemensam folkhälsorapportering.

Kommuner

Kommunerna ansvarar för flera verksamheter som är viktiga från folkhälsosynpunkt. Deras befogenheter, organisation och verksamhetsformer regleras i kommunallagen (1991:900) samt i särskilda föreskrifter om deras befogenheter och skyldigheter på vissa områden. Kommunerna an-

svarar för verksamheter som påverkar viktiga bestämningsfaktorer för hälsa, t.ex. bostadsförsörjning, vatten och avlopp, hälso- och miljöskydd, vård, omsorg, utbildning och räddningstjänst. De är därmed viktiga lokala aktörer i folkhälsoarbetet.

FHI redovisar i Folkhälsopolitisk rapport 2005 sin kartläggning av kommunernas aktiviteter inom folkhälsoområdet och hur dessa har utvecklats sedan 1990-talets mitt. Folkhälsofrågorna finns i dag med på den kommunala agendan i betydligt högre utsträckning än för bara ett par år sedan.

FHI:s slutsats är att kommunernas intresse och engagemang för folkhälsofrågorna ökar. Samtidigt verkar det finnas en osäkerhet kring hur de rent praktiskt skall uppnå ambitionerna. Endast ett fåtal kommuner har enligt institutet kommit långt i utvecklingen mot ett systematiskt folkhälsoarbete där kunskap om hälsotillståndet kopplas samman med kommunens planerings- och uppföljningsprocesser.

Kunskap om centrala bestämningsfaktorer inom olika målområden och om verkningsfulla metoder för att påverka dessa samt en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan olika förvaltningar saknas i hög utsträckning enligt FHI. Det är enligt institutet viktigt att finna former för ett intensifierat kunskapsstöd till kommunala tjänstemän och förtroendevalda.

Som en följd av kommunernas ekonomiska situation och i vissa fall ett minskat befolkningsunderlag har för folkhälsoarbetet viktiga kommunala verksamheter drabbats av nedskärningar. Samtidigt har nya politikområden som jämställdhet, integration och folkhälsa medfört nya krav på kommunal och regional verksamhet. Genom bl.a. kommunaliseringen av skolan samt ÅDEL-reformen har kommunerna också tagit över verksamheter som är centrala för folkhälsan från stat och landsting. I dag berör kommunernas verksamhet därför ett stort antal politikområden av betydelse för folkhälsan, varav barn- och ungdomspolitik, utbildningspolitik och äldrepolitik upptar en stor del av den kommunala budgeten. Det kommunala ansvaret inom flera för folkhälsan centrala områden fastslås också inom lagstiftningen, t.ex. när det gäller socialtjänst, hälsoskydd, fysisk planering, livsmedelshandling, miljö, tobak och alkohol.

På ett annat plan påverkar regionförstoringen och konsekvenser av EU-medlemskapet kommunernas inflytande på förutsättningar för ekonomisk utveckling och välfärd.

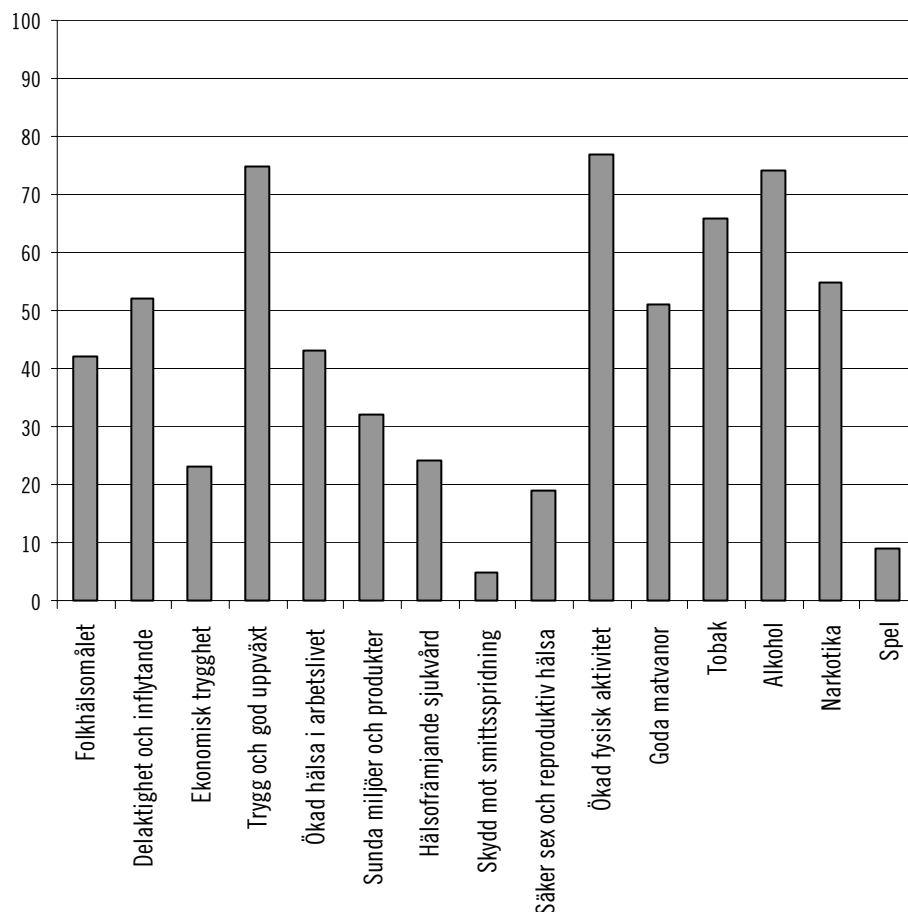
– Kommunerna och den nationella folkhälsopolitiken

Folkhälsofrågorna har enligt FHI:s analys fått ökad tyngd på den kommunala agendan. Allt fler kommuner har folkhälsoplaner och genomför utbildningsinsatser för förtroendevalda. Den nationella folkhälsopolitiken har, enligt såväl landstings- som kommunföreträdare, i hög grad bidragit till ett ökat mandat att driva folkhälsofrågorna lokalt och regionalt. I 2004 års enkät uppgav 139 (61 procent) av kommunerna att de särskilt prioriterat något/några av den nationella folkhälsopolitikens målområden. Prioriteringarna av de olika målområdena framgår av figur 5.1. I allmänhet har de kommuner som gjort prioriteringar valt ut både strukturella och levnadsvaneinriktade målområden.

Kommunernas prioriteringar år 2004 skiljer sig en hel del från de folkhälsofrågor som de enligt 1995 års studie avsåg att prioritera inför 2000-talet. År 1995 var droger, allergi och miljö/agenda 21 de tre högst prio-

riterade frågorna med tobak, alkohol och ungdomar på fjärde, femte Skr. 2005/06:205 respektive sjätte plats. Svaren på 2004 års enkät visar att kommunerna prioriterar fysisk aktivitet, trygga och goda uppväxtvillkor samt tobak, alkohol och narkotika.

Figur 5.1 Andel kommuner (i procent) som år 2004 prioriterat det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och något/några målområden (N=139)



Källa: Folkhälsopolitisk rapport 2005.

– Handlingsplaner

År 2004 hade ungefär hälften (116 st.) av de kommuner, som besvarat FHI:s enkät en plan för folkhälsoarbetet, vilket är en fördubbling jämfört med 1995. Hos ytterligare 33 kommuner ingår folkhälsofrågorna i en mer övergripande plan, t.ex. en plan för hållbar utveckling, demokrati- eller välfärdsfrågor. Ytterligare 50 kommuner angav att en folkhälsoplan höll på att utarbetas. Flertalet av de kommuner som har handlingsplaner har även åtgärdsprogram kopplade till planen. Dessa gäller vanligen målområde 3, 5 och 11. De kommunala folkhälsoplanerna är, i likhet med de nationella målen, oftast formulerade i termer av hälsans bestämningsfaktorer. Dock har inte de mer specificerade bestämningsfaktorer, som FHI kopplat till målområdena och som redovisas i avsnitt 4, ännu nått ut till kommunerna i någon högre grad. Möjligheten att följa upp graden av målpfyllelse varierar också i planerna.

Ett problem i den kommunala verksamheten är att de har många handlingsplaner kring olika frågor. Enligt FHI:s Folkhälsopolitisk rapport 2005 är kommunerna oroade över hur de skall hantera de många planerna och ställer sig tveksamma till att ta fram ytterligare en. En särskild folkhälsoplan kan emellertid enligt FHI också tjäna som en plattform i folkhälsoarbetet för politiker och verksamhetsföreträdare, utgöra underlag vid fördelning av resurser, synliggöra hälsans bestämningsfaktorer för kommuninvånarna samt bidra till att skapa en organisation och uthållighet för folkhälsoarbetet. Förtroendevalda och tjänstemän, uttrycker en stor osäkerhet om hur man skall ”gå från ord till handling”. Osäkerheten uppges bl.a. bero på interna problem och svårigheter att anpassa den nationella politikens innehåll till kommunala förutsättningar.

– Kommunala samverkansorgan

Lagen (2002:34) om samverkansorgan i länen innebär att kommuner och landsting från år 2003 kan bilda organ, som efter anmälan till regeringen får ta över ansvaret för vissa regionala utvecklingsfrågor. Ett samverkansorgan är ett kommunalförbund där länets samtliga kommuner är medlemmar. Landstinget kan också vara medlem, men det är inget krav. Kommunala samverkansorgan finns i dag i ett tiotal län. Av dessa har till exempel samverkansorganet i Halland ett folkhälsouppdrag. Utöver de kommunala samverkansorganen finns det två regionala självstyrelseorgan i Skåne och Västra Götalands län. I dag finns även ca 70 kommunalförbund kring vissa kommunala ansvarsområden som familjefrågor, socialtjänst, räddningstjänst, gymnasieutbildning, vård och behandling samt kommunalt vatten och avlopp.

Framväxten av regionala samverkansorgan med ansvar för vissa utvecklingsfrågor visar på ett ökat engagemang i landsting och kommuner för regionala utvecklingsprogram, som länsstyrelserna tidigare har haft ansvar för. I regeringens uppdrag till Nutek och tolv andra myndigheter (dnr N2004/2763/RUT) att redovisa förslag till metoder som kan stärka myndigheternas arbete med regionala utvecklingsprogram är folkhälsa ett av sex strategiska områden som skall belysas. Det utgör en av flera markeringar av folkhälsofrågornas koppling till regionala utvecklingsfrågor och samhällsutvecklingen i stort.

– Folkhälsoplanerare och folkhälsoråd

Kommunernas folkhälsoplanerare eller motsvarande har ofta kompetens som är viktig för planering, genomförande och uppföljning av folkhälsoarbetet. Mellan åren 1995 och 2004 har andelen kommuner som har folkhälsoplanerare varit tämligen konstant, trots att landstingens bidrag till dessa tjänster har minskat under tidsperioden. Folkhälsoplanerarna arbetar oftast nära kommunernas alkohol- och narkotikasamordnare.

År 2003 hade omkring tre fjärdedelar av kommunerna tvärsektoriella organ (folkhälsoråd) som arbetar med folkhälsofrågor vilket är en ökning jämfört med år 1995. I dessa sitter både tjänstemän som politiker. Jämfört med år 1995 har andelen politiker ökat markant. Andelen politiker från kommunstyrelsen har under perioden ökat från 61 till 81 procent, vilket är ett tecken på folkhälsofrågornas ökade tyngd i kommunerna. De flesta

folkhälsoråden är endast rådgivande. En tredjedel är dock beslutande, Skr. 2005/06:205 verkställande eller sprider erfarenheter.

– Planering och uppföljning

Planering och uppföljning är nödvändiga delar i ett systematiskt folkhälsoarbete. För att satsa resurser rätt och få kunskaper om effekterna av satsningarna behövs lokalt framtagna indikatorer/nyckeltal och nationellt eller regionalt insamlade data, som är nedbrytbara till lokal nivå.

Enligt 2004 års enkät följer hälften av de svarande, drygt 100 kommuner, upp folkhälsoarbetet systematiskt. I drygt hälften av dessa kommuner använder man sig av lokalt/regionalt framtagna indikatorer/nyckeltal. Övriga använder sig av FHI:s databas Kommunala basfakta (KBF) som innehåller statistik om hälsans bestämningsfaktorer i samtliga kommuner samt stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Avsikten är att underlätta kommunernas planering och uppföljning av folkhälsoinsatser samt att sätta fokus på det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet samt målen inom de elva målområdena. Statistiken är indelad efter målområdena.

Lokala välfärdsbokslut (VFB) är en metod för styrning och uppföljning av kommunal verksamhet. Metoden kan inlemmas i ordinarie beslutsfunktioner samt i de reguljära styr- och uppföljningssystemen. VFB beskriver medborgarnas välfärd och hälsa med utgångspunkt från det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och de bestämningsfaktorer och indikatorer som har störst betydelse för folkhälsan och samtidigt är relevanta ur ett lokalt perspektiv. Malmö stads Välfärdsredovisning utgår exempelvis ifrån de elva målområdena och mäts genom 36 indikatorer. I Malmö har förutsättningen för valet av indikatorer varit att de skall vara nedbrytbara på stadsdelsnivå, samt att de är lättillgängliga.

En dryg fjärdedel av kommunerna använder nyckeltal från VFB medan 46 kommuner anger att uppföljningen sker på "annat sätt". Antalet kommuner som tagit fram ett VFB har ökat. År 2004 rapporterade 29 kommuner att de tagit fram ett VFB och år 2001 var motsvarande antal 10 kommuner. Förändringen avseende VFB är emellertid inte helt säkerställd på grund av det interna bortfallet på dessa frågor.

– Kommunernas arbete med hälsokonsekvensbeskrivningar

Hälsokonsekvensbedömningar (HKB) beskrivs närmare i avsnitt 6.1. Aktiviteten kring HKB förefaller enligt enkätsvaren vara relativt oförändrad under perioden 2001–2004 men år 2004 är det färre nya kommuner som uppger att de påbörjat en införandeprocess i form av utbildning m.m.

Det övergripande syftet med en HKB är att ge beslutsfattare kunskap om de samlade hälsoeffekterna av ett politiskt beslut. En HKB skall bidra till en förbättring av beslutsunderlaget och skall också kunna användas för att påverka beslutet till förmån för folkhälsan. HKB är ett stöd för att "tänka efter före", ett sätt att skapa ett mer allsidigt beslutsunderlag.

– Storstäderna och utsatta stadsdelar

Folkhälsoarbetet i de tre storstäderna berör nästan en femtedel av Sveriges invånare. Förutom de generella problemen har de i högre grad särskilda problem med låg inkomst, bostadsbrist, segregation och många av

utländsk härkomst. Av storstäderna har Göteborg och Malmö besvarat FHI:s kommunenkät. Båda har en övergripande folkhälsoplan samt folkhälsoplanerare med folkhälsovetenskaplig högskolekompetens. I båda städerna berör folkhälsoarbetet många olika delar av deras verksamhet. De följer systematiskt upp sitt folkhälsoarbete, såväl med egna lokalt framtagna nyckeltal/indikatorer som med nyckeltal från välfärdsbokslut. Båda städerna har tagit fram välfärdsbokslut och data från KBF som används vid såväl planering som uppföljning.

Av de tre storstäderna har 41 av 49 stadsdelar besvarat 2004 års enkät. I 17 finns en övergripande plan för folkhälsoarbetet. I åtta stadsdelar ingår folkhälsoplanen i en mer övergripande plan, t.ex. för hållbar utveckling, och i fyra stadsdelar är en folkhälsoplan under utarbetande. I 28 stadsdelar finns folkhälsoplanerare. Folkhälsoarbetet följs upp systematiskt i 26 stadsdelar, oftast med nyckeltal från välfärdsbokslut men även med egna lokalt framtagna indikatorer/nyckeltal eller KBF. Ingen av stadsdelarna har börjat använda, eller fattat beslut om att använda HKB. Ett välfärdsbokslut har tagits fram i 16 stadsdelar. KBF används för planering eller uppföljning i 26 stadsdelar. Endast hälften av stadsdelarna har uppgett att de använder sig av material från FHI. Detta kan jämföras med att 76 procent av kommunerna använder FHI:s material.

I ett växande antal kommuner pågår diskussioner om hur den ökande bostadssegregationen skall bemötas. Bostadssegregation har såväl en socioekonomisk som en etnisk dimension. Att minska segregationen mellan olika bostadsområden handlar om insatser på både områdes- och kommunövergripande nivå och innefattar såväl planerings- och uppföljningsverktyg för att följa segregationen på det lokala planet som konkreta insatser i bostadsområdena för att minska den ojämlika hälsan.

Fristående nationella aktörer

Ett flertal av de insatser som krävs för att öka den demokratiska delaktigheten kräver beslut av andra än statliga aktörer, till exempel kommuner och organisationer. Ett exempel är att Ungdomsstyrelsen enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 bedömer att insatser bör göras för att öka antalet unga i beslutande församlingar, vilket är en fråga för kommuner och fristående organisationer.

FHI föreslår i Folkhälsopolitisk rapport 2005 att det skall utvecklas pressetiska regler i medier för att motverka könsstereotypa bilder och sexualisering av det offentliga rummet. Pressens gemensamma etiska regler antas av Pressens Opinionsnämnd, som är ett fristående organ.

Näringslivet och dess organisationer är viktiga aktörer när det gäller insatser inom bland andra målområdena *Ökad hälsa i arbetslivet, Sunda och säkra miljöer och produkter, Goda matvanor och säkra livsmedel* samt *Minskat bruk av alkohol och tobak, ett samhälle fritt från narkotika och dopning, samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande* (avsnitt 4.4, 4.5, 4.9 och 4.10).

Regeringen lämnade under våren 2006 propositionen Lära växa förändra regeringens folkbildningsproposition (prop. 2005/06:192) till riksdagen. Ett av de prioriterade verksamhetsområdena för folkbildningens aktörer är arbetet med folkhälsa. Folkbildningen bidrar till ökad delaktighet och inflytande, till egenmakt. För bl.a. långtidssjukskrivna personer

kan folkbildningen spela en aktiv roll för ett återinträde i arbetslivet med sikte på ökad livskvalitet. Även inom arbetslivet finns en uppgift för folkbildningen att öka kunskap om hur man förebygger ohälsa (se även avsnitt 4.2). Skr. 2005/06:205

– Ideella organisationer

I likhet med vad *Svenska Röda Korset* framhåller i sitt remissvar är frivilligorganisationer viktiga i arbetet med att förbättra förutsättningarna för hälsa.

Frivilligorganisationers insatser spänner över ett oerhört brett fält, från kvinnojourer och andra organisationer som stödjer utsatta människor till organisationer som skapar en meningsfull fritid för människor i alla åldrar. Samtliga dessa typer av organisationer gör insatser som är viktiga ur ett folkhälsoperspektiv. Många föreningar, studiecirkel m.m. skapar ett mervärde genom att medlemmarna får nätverk som ökar deras sociala deltagande och deras sociala stöd (avsnitt 4.1). FHI har i sin rapport *Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället?* (2005:2) visat att det finns ett fåtal studier som belägger detta. Vikten av organisationernas arbete understryks genom att staten och kommunerna sammantaget stödjer organisationernas verksamhet med betydande resurser. Det finns även ett stort antal personer som gör frivilliga insatser för någon annan utan att vara engagerad i någon organisation. Ett exempel är volontärbyrå, en internetbaserad tjänst som förmedlar kontakter mellan individer som vill göra en insats och olika ideella och offentliga verksamheter.

Idrottsrörelsen spelar exempelvis en viktig roll för att förmedla en aktiv livsstil och ge barn och ungdomar tillgång till meningsfullt socialt deltagande. Riksdagen beslutade år 2003, på regeringens förslag, om ett "Handslag med idrotten". Handslaget innebär att idrottsrörelsen tilldelas en miljard kronor från AB Svenska Spels överskott under fyra år för att dela ut till olika föreningar, som öppnar dörrarna för fler barn och ungdomar. Kravet för att erhålla stöd är att föreningarna skall hålla tillbaka medlemsavgifterna, satsa mer på flickors idrottande, delta i kampen mot droger samt samverka med skolan.

I avsnitt 4.10 redovisas statligt stöd till naturvårdsorganisationer.

– Utvärdering av stöd till ideella organisationer

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat statsbidrag till riksorganisationer verksamma inom det sociala området enligt förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Enligt Socialstyrelsens redovisning (dnr S2003/5106/FH) fördelades år 2002 54,27 miljoner kronor till sammanlagt 55 organisationer, medan 15 fick avslag på sina ansökningar. Vid genomgången av återrapporteringen fann Socialstyrelsen att organisationerna anger att de använder statsbidraget enligt det syfte och de mål som staten har för bidraget. Myndigheten fann att statens övergripande syfte med bidraget, att förstärka och komplettera den offentliga sektorns insatser, uppnås.

Folkhälsa är ett av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) sex huvudområden. Forskning inom detta område omfattar bl.a. levnadsvanornas, miljöns och samhällsförhållandenas betydelse för befolkningens hälsa. Övriga områden som ingår är psykosociala faktorerens betydelse för hälsoproblem, samspel mellan riskbenägenhet, livsstilar och ohälsa, studier av orsaker, förekomst, fördelning och förebyggande av ohälsa i befolkningen. Vidare ingår även studier av bruk och missbruk av alkohol och andra droger och studier av skador samt prevention. Inom folkhälsoområdet finansierar FAS även två centrumbildningar, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) och Centre for Health Equity Studies (CHES).

FAS och FHI fick i regleringsbrevet för 2003 gemensamt i uppdrag att utarbeta en lägesbeskrivning av svensk folkhälsoforskning. Uppdraget slutrapporterades till Socialdepartementet den 1 mars 2004 (dnr S2004/1831/FH). FAS och FHI:s kartläggning visade att svensk folkhälsovetenskaplig forskning är internationellt framstående med en stor publicering i internationella vetenskapliga tidskrifter. Förklaringen finns i en kombination av flera omständigheter som en väl utbyggd datainfrastruktur vilket ger goda möjligheter till registerbaserad forskning, en välinformerad offentlig sektor och en produktiv forskarkår inom folkhälsoområdet. År 2001 erhöll svensk folkhälsoforskning ca 225 miljoner kronor i anslag varav hälften kom från forskningsråd och hälften från andra källor såsom stiftelser, myndigheter, försäkringsbolag och landsting. År 2005 beviljade FAS drygt 53 miljoner kronor till forskning inom folkhälsa, år 2004 var summan 44,2 miljoner kronor. En genomgång av 1280 unika artiklar publicerade under tre år visade att tre fjärdedelar av forskningen gällde orsaker till och förekomst av ohälsa medan endast 3,9 procent gällde så kallad interventionsforskning, det vill säga studier och utvärdering av åtgärder som har till syfte att bevara och förbättra befolkningens hälsa. Drygt 600 forskare och lika många doktorander uppgav sig arbeta på hel- eller deltid inom det folkhälsovetenskapliga området.

Med utgångspunkt i folkhälspolitikens målområden bedömdes en femtedel av artiklarna vara relevanta för målområdet *Ökad hälsa i arbetslivet*. 14 procent av artiklarna berörde målområdet *Sunda och säkra miljöer och produkter* och 13 procent målområdet *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*.

FAS och FHI gav sammanfattningsvis 30 rekommendationer om det fortsatta arbetet med folkhälsoforskning. De framhöll att den svenska regeringen bör söka påverka Europeiska unionens (EU:s) forskningspolitik i en mer folkhälsovetenskaplig riktning. I förslaget till EU:s kommande sjunde ramprogram för forskning och teknisk utveckling finns en utvidgning av hälsotemat mot folkhälsa. Sverige har ställt sig positiva till dessa förslag från Kommissionen. Vidare framhöll FAS och FHI att interventionsstudier bör prioriteras, vilket även FHI framhåller i Folkhälspolitik rapport 2005. De ansåg att det även behövs mer kunskap om mekanismerna och orsakerna bakom ojämlikhet i hälsa för olika etniska grupper och för män och kvinnor samt om hälsofrämjande insatser för äldre människor.

I den forskningspolitiska propositionen *Forskning för ett bättre liv* (prop. 2004/05:80) konstateras att mer kunskap behövs inom alla samhällsområden om diskriminering, tillgänglighet, bemötande och möjligheten till självbestämmande för att visa i vilken utsträckning den nya handikappolitiken realiserar ut i samhällslivet. En särskilt utsatt grupp som det behövs mer kunskap om är psykiskt funktionshindrade. Ett forsknings- och utvecklingsområde med stor tillväxtpotential är hjälpmedel och projektet *Design för alla*. Ny teknik kan innebära att vardagens villkor förbättras väsentligt för ett stort antal personer. Det faktum att befolkningen lever allt längre och att en allt större del av befolkningen kommer att bestå av äldre personer ökar också behovet av denna typ av kunskap. FAS har ett samordningsansvar för forskning om handikapp och funktionshinder.

6 Framtida insatser

6.1 Hälsokonsekvensbedömningar och lokala välfärdsbokslut

Regeringens bedömning: Förslag till beslut som bedöms ha en påtaglig hälsoeffekt bör granskas och diskuteras ur ett folkhälsoperspektiv. Granskningen bör ha ett fokus på jämlikhet i hälsa. I detta sammanhang är hälsokonsekvensbedömningar (HKB) en lämplig metod. HKB bör i ökad utsträckning samordnas med arbetet med miljökonsekvensbeskrivningar och hållbarhetsbedömningar. Med utgångspunkt i de redovisningar av uppdrag om att utveckla metoder för HKB som ett flertal myndigheter lämnar till Statens Folkhälsoinstitut bör institutet återrapportera om utfallet av myndigheternas insatser.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: *Integrationsverket* som haft i uppdrag att utveckla hälsokonsekvensbedömningar (HKB) inom sin verksamhet anser sig nu i större grad än tidigare uppmärksamma folkhälsoaspekter i sitt arbete. *Barnombudsmannen* önskar se att barnkonsekvensanalyser och barnbokslut bör ingå i HKB och lokala välfärdsbokslut. Ett flertal landsting uttrycker att det är viktigt att HKB kommer till allmän användning av alla aktörer inom folkhälsopolitiken men uppmärksammar också behovet av lokal och regional kompetens och resurser, samt behovet av vidareutveckling av de metodologiska aspekterna.

Skälen för regeringens bedömning

Ett effektivt arbete med att skapa samhälleliga förutsättningar för en god folkhälsa förutsätter goda kunskaper om hur folkhälsan påverkas av beslut inom olika samhällssektorer. Eftersom hälsan, förutom genetiska förutsättningar, främst påverkas av levnadsvillkor, miljö och levnadsvanor, är

det nödvändigt att belysa hur politiska förslag kan påverka dessa förutsättningar. En av de metoder som finns att tillgå för detta arbete är hälso-konsekvensbedömningar (HKB). De kan fylla en viktig funktion genom att bidra till en mer allsidig belysning av olika förslag som primärt inte förknippas med hälsa. Skr. 2005/06:205

Vad är hälsokonsekvensbedömningar?

HKB kan beskrivas som en kombination av metoder genom vilka politiska beslut, program eller projekt bedöms utifrån sina möjliga effekter på hälsan i en befolkning samt hur kvinnor och män i olika grupper påverkas. Det övergripande syftet med en HKB är att ge beslutsfattare kunskap om de samlade hälsoeffekterna av förslag till ett politiskt beslut. En HKB skall bidra till en förbättring av beslutsunderlaget och kunna användas för att påverka beslutet till förmån för folkhälsan. HKB skapar förutsättningar för en mer effektiv tillämpning av målstyrning. Såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som Europeiska kommissionen förordar tillämpning av HKB och har genom eget och gemensamt utvecklingsarbete bidragit till att utveckla metodiken. I flera europeiska länder som Nederländerna, Finland, England och Irland tillämpas HKB i olika sammanhang. Statens Folkhälsoinstitut (FHI) har utarbetat en principmodell för hur HKB kan tillämpas som ett stöd för genomförandet av svenska folkhälsopolitiken.

Hälsokonsekvensbedömningar, folkhälsa och politik

Folkhälsofrågor är ofta långsiktiga. Många förhållanden samverkar och människor har olika förutsättningar. Det är därför svårt att utvärdera effekterna av olika åtgärder i förväg. Det finns dock god kunskap om folkhälsans bestämningsfaktorer och hur olika grupper påverkas, information som kan användas i denna typ av utvärderingar.

I avsnitt 2 redogör regeringen för det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och synen på de faktorer som leder till skillnader i hälsotillstånd. I arbetet med att reducera dessa skillnader i hälsotillstånd kan HKB spela en viktig roll. Genom att i förväg bedöma hur förslag till beslut kan påverka hälsan i olika utsatta grupper kan HKB ge beslutsfattare ett mer konkret underlag som tydliggör förslaget potentiella konsekvenser i relation till det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet. Eftersom hälsa påverkas av många faktorer inom ett flertal politikområden är ett tvärsektorielt arbetssätt nödvändigt.

Grundläggande värden för hälsokonsekvensbedömningar

Förutom att främja en god folkhälsa finns fyra grundläggande värden som är viktiga för HKB. Demokrati understryker människors rätt att vara med att formulera, genomföra och utvärdera politiska beslut som påverkar deras liv. Jämlikhet understryker att HKB också innefattar hälsokonsekvensernas fördelning i befolkningen i fråga om kön, ålder, etnisk bakgrund, sexuell läggning och socioekonomisk status. Socialt hållbar utveckling framhåller betydelsen av att såväl kortsiktiga som långsiktiga samt mer eller mindre direkta konsekvenser tas med i beräkningen. Etik

understryker att kvantitativa och kvalitativa data måste vara pålitliga och vetenskapligt underbyggda för att få en så korrekt och pålitlig bedömning som möjligt av hälsokonsekvenserna. Skr. 2005/06:205

Vad hälsokonsekvensbedömningar kan och inte kan ge

Med HKB ökar möjligheterna att öka kvaliteten på underlagen inför olika beslut. Vilka slutsatser som skall dras av vissa bedömda konsekvenser är dock inte självklara. Konsekvenserna måste vägas på lång och kort sikt, vilka alternativ står egentligen till buds etc. För en effektiv policyutveckling som tar hälsofrågorna i beaktande är det dock helt avgörande att HKB kommer in så tidigt som möjligt i beredningsprocesserna.

Ett antal olika typer av metoder för HKB har utvecklats i Sverige, i Europeiska unionen (EU) och internationellt. Dessa olika metoder spänner över ett vitt fält, från enkla checklistor till komplexa beräkningsmetoder. Det blir därmed viktigt att välja den lämpligaste typen av HKB i förhållande till problemställningar och organisationens praktiska förutsättningar. I valet bör man utgå från bl.a. vilken förståelse som finns av den aktuella frågan samt vilken erfarenhetsmässigt grundad kunskap som finns tillgänglig beträffande de mest sannolika effekterna av ett visst beslut. Utan en rimlig ”sorteringsordning” så att HKB tillämpas när det är som mest relevant och motiverat, riskerar instrumentet att förlora sina strategiska möjligheter.

Det viktigaste målet för HKB är att säkerställa att hälsoaspekterna tas med i alla beslut. HKB är också ett viktigt verktyg för det tvärsektorielle folkhälsoarbetet, likväl som det kan främja jämlikhet i hälsa därför att HKB tydliggör inte bara hälsokonsekvenserna utan också om hälsans fördelning i befolkningen påverkas.

HKB kan däremot inte ses som en enkel lösning på politiska problem. HKB kan inte heller ge exakta siffror på hälsokonsekvenserna. Istället redovisas motiverade uppskattningar av framtida potentiella hälsokonsekvenser. Det finns ett fortsatt behov av att vidare utveckla säkerställda kunskapsbaserade underlag om olika åtgärders påverkansgrad för de faktorer som har störst hälsopåverkan.

I avsnitt 6.3 diskuteras bl.a. den framtida uppföljningen av folkhälsoarbetet. Där tydliggörs hur frågor kring bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder för att förbättra förutsättningarna för en god folkhälsa till stor del ligger inom många myndigheters ansvarsområden vars verksamhetsområden faller utanför det direkta hälsoområdet. HKB kan bli ett viktigt verktyg för dessa myndigheters arbete med att bistå med underlag och analyser om hur deras verksamheter påverkar folkhälsoläget i Sverige.

Statens folkhälsoinstitut och hälsokonsekvensbedömningar

FHI samordnar arbetet med att utveckla metoder för bedömningar av hälsokonsekvenser. Metoder behöver utvecklas på såväl lokal, regional, nationell som internationell nivå. På nationell nivå har detta initierats genom det uppdrag som Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket och Statens räddningsverk har fått i regleringsbrevet för år 2005, att i samråd

med FHI utveckla metoder för bedömning av hälsokonsekvenser av insatser inom sina verksamhetsområden. Skr. 2005/06:205

FHI gav under år 2005 de tre myndigheterna stöd i deras arbete med att utveckla metoder för att bedöma hälsokonsekvenser av insatser inom de egna verksamhetsområdena. De tre myndigheterna redovisade i december 2005 sina uppdrag till regeringen (dnr Ju2006/1/IM, S2005/101982/FH, Fö2005/3104/CIV) och i december 2006 skall ytterligare sex myndigheter avrapportera motsvarande uppdrag. I regleringsbrevet för år 2006 fick Vägverket och länsstyrelsen i Jämtlands län i uppdrag att utveckla metoder för HKB av insatser inom de egna verksamhetsområdena.

Lokala välfärdsbokslut i kommuner och landsting

Förutom uppdrag att utveckla metoder för HKB inom några strategiskt viktiga områden har FHI ett uppdrag från regeringen att stödja tillämpningen av HKB på såväl central som regional och lokal nivå. På lokal och regional nivå är HKB och lokala välfärdsbokslut nära förknippade. I likhet med att utvecklingen av HKB inspirerats av miljökonsekvensbeskrivningar, har lokala välfärdsbokslut på motsvarande sätt flera beröringspunkter med miljöbokslut. Modellen för lokala välfärdsbokslut har utvecklats gemensamt av FHI, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet. Efter en revidering har den nyligen helt anpassats till de elva målområdena för det samlade folkhälsoarbetet. Genom att använda lokal välfärdsbokslut kan folkhälsoarbetet integreras i det löpande planerings- och uppföljningsarbetet med befintliga styrinstrument, så att bl.a. behoven av HKB kan identifieras i ett tidigt skede.

Utvecklingen av HKB och lokala välfärdsbokslut på lokal och regional nivå sker till stor del genom att dra lärdomar av praktisk utveckling. Nätverk bestående av kommuner och landsting som är intresserade av att utveckla HKB respektive lokala välfärdsbokslut för sina egna verksamheter har därför initierats. Nätverken bidrar till metod- och kunskapsutveckling och erbjuder ett forum för erfarenhetsutbyte och kontakter mellan den lokala och regionala nivån och FHI på nationell nivå.

Enligt FHI:s senaste kommunenkät år 2004 har ett trettiotal kommuner fattat beslut om att införa HKB som ett reguljärt instrument och knappt ett åttiotal arbetar på motsvarande sätt med lokala välfärdsbokslut. Avgörande för folkhälsopolitikens genomförande är vad som sker lokalt och regionalt. Därför är det viktigt med ett fortsatt utvecklingsarbete och spridning av HKB och lokala välfärdsbokslut. En sådan utveckling ligger även i linje med regeringens övergripande prioritering av en hållbar utveckling för Sverige.

Regeringens bedömning: Politiska insatser inom folkhälsoområdet innebär ofta att avväga vad som är bra för folkhälsan mot andra samhällsintressen och mål, exempelvis ekonomisk tillväxt eller handels- och näringspolitiska argument. Genomtänkta hälsoekonomiska utredningar blir därmed viktiga. Metodiken för att genomföra ekonomiska utvärderingar av folkhälsoåtgärder är inte tillräckligt utvecklad och bör förbättras.

Folkhälsoarbete inkluderar många etiska dilemman och styrs av ett övergripande nationellt mål om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Vid en framtida utveckling av metodik för ekonomiska utvärderingar är det önskvärt att metoden utformas så att innebörden av det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet fångas upp i de analyser som genomförs så att valet av åtgärder verkligen leder till måluppfyllelse inom politikområdet.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Frågan behandlas inte i den folkhälsopolitiska rapporten. Däremot behandlas den näraliggande frågan om hälsans betydelse för ekonomisk tillväxt (se avsnitt 2.2).

Remissinstanserna: Eftersom frågan inte behandlas i den remitterade rapporten så har den heller inte kommenterats av flertalet av remissinstanserna. Många remissinstanser kommenterar emellertid sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt (se avsnitt 2.2). Ett fåtal remissinstanser tar upp frågan om ekonomiska utvärderingar. *Malmö kommun* menar att särskild vikt bör läggas på hälsoekonomiska data som belyser den ekonomiska lönsamheten i folkhälsoarbetet. *Hjälpmiddelsinstitutet* anser att mer hälsoekonomiska konsekvensanalyser bör göras inom hjälpmedelsverksamheten. *Svensk Förening För Folkhälsoarbete* anser att regeringen bör ta initiativ till forskning kring folkhälsoekonomi inom ramen för en ökad satsning på folkhälsovetenskapliga grundutbildningar.

Skälen för regeringens bedömning: Hälsans betydelse för den ekonomiska tillväxten har kommit att uppmärksammas alltmer i den internationella debatten, bl.a. genom Världshälsoorganisationens (WHO:s) Commission on Macroeconomics and Health och den nyligen publicerade studien *The contribution of health to the economy in the European Union*, finansierad av den Europeiska kommissionen (se även avsnitt 2.2). Insikten om sambandet mellan folkhälsa å ena sidan och ekonomisk och social utveckling å den andra har emellertid inte kommit att genomsyra den ekonomiska politiken. Ett skäl till detta är otillräckliga kunskaper och brist på hälsoekonomiska analyser.

Ett viktigt skäl till avsaknaden av hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet är att utvärderingen av folkhälsoinsatser är svår att genomföra, bl.a. på grund av att det saknas kunskap om vilka effekter som olika åtgärder kan förväntas ge upphov till. Ett annat tänkbart skäl är att hälsa ofta har setts som en individuell angelägenhet som den enskilde i första hand påverkar genom sina egna val av livsstil och konsumtion av hälso- och sjukvård. Men den bristande jämlikheten och jämställdheten i hälsa, som är det mest centrala folkhälsoproblemet i vårt land, är svår att påverka enbart med individuella insatser. Den sociala positionens och

klasstillhörighetens inverkan på hälsan talar för att det är strukturella förhållanden och livsvillkor som bör påverkas. Miljön har också stor betydelse för hälsan och kan i allmänhet bara påverkas med gemensamma insatser. Också kostvanor, alkohol- och tobakskonsumtion och andra levnadsvanor påverkas i hög grad av faktorer som tillgänglighet, prissättning och marknadsföring.

Det finns med andra ord ett stort behov av politiska insatser på hälsoområdet. Sådana insatser innebär ofta att avväga vad som är bra för folkhälsan mot andra samhällsintressen och mål, exempelvis ekonomisk tillväxt eller handels- och näringspolitiska argument. Genomtänkta hälsoekonomiska utredningar där man kan analysera kostnaden för hälsopolitiska insatser och diskutera dess effekter och inverkan på andra samhällssektorer blir därmed viktiga. I en situation där statens, landstingens och kommunernas resurser är starkt begränsade är det dessutom viktigt att de åtgärder som vidtas är kostnadseffektiva. Om åtgärder med dålig kostnadseffektivitet genomförs så innebär det att hälsan inte kommer att förbättras så mycket som vore möjligt med de resurser som är tillgängliga.

Metodikerna för att genomföra ekonomiska utvärderingar av folkhälsoåtgärder är dåligt utvecklade och bör förbättras. Folkhälsoarbete inkluderar många etiska dilemman och styrs av ett övergripande mål om att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. En alltför snäv tillämpning av normativ ekonomisk analys som inte tillräckligt beaktar ojämlikheten i hälsa och andra etiska överväganden riskerar att leda fel i valet av åtgärder. Metodikerna för ekonomiska utvärderingar på folkhälsoområdet måste utformas så att innebörden av det övergripande folkhälsopolitiska målet fångas upp i de analyser som genomförs så att valet av åtgärder verkligen leder till måluppfyllelse inom politikområdet.

6.3 Utveckling av målområden, bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder

Regeringens bedömning: Inom ramen för sitt uppdrag att ta fram en ny folkhälsopolitisk rapport bör Statens folkhälsoinstitut samordna uppföljningen av bestämningsfaktorernas utveckling. Om det utifrån sakkunskap är motiverat bör bestämningsfaktorernas utformning samt indikatorerna ses över.

Statens folkhälsoinstituts förslag: Frågan om framtida översyn av bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder behandlas endast i begränsad utsträckning. Institutet föreslog att länsstyrelserna skall få i uppdrag att ta fram regionala folkhälsomål samt att regionala metodcentra skall inrättas.

Remissinstanserna: *Socialstyrelsen* förordar att man i första hand inriktar arbetet på att bygga upp ett uppföljningssystem inom vilket relevanta indikatorer eller andra utvärderingsmetoder kan utvecklas efter hand snarare än att fastställa de viktigaste indikatorerna. Indikatorerna måste också kunna förändras vartefter omvärlden och myndigheters arbete förändras. *Västra Götalands läns landsting* bedömer att det nuvarande kunskapsläget bör förbättras beträffande hur bestämningsfaktorerna och

indikatorerna relaterar till och samspelar med befolkningens hälsotillstånd. Skr. 2005/06:205
Landstinget ser gärna att det framtida utvecklingsarbetet sker i nära samarbete med regional och lokal nivå. Även *Sveriges Kommuner och Landsting* framhåller vikten av att kommuner och landsting/regioner får delta i det arbetet.

Remissinstanserna har i många fall konkreta synpunkter på utvecklingen av enskilda indikatorer. *Statistiska Centralbyrån* konstaterar att det förutsätts att statistikunderlaget kan produceras kontinuerligt över tid. En del av de statistikprodukter som använts har dock tagits fram efter beslut om datainsamling som fattas från gång till gång.

Stockholms läns landsting stödjer förslaget om rapportering av folkhälsoarbetet från regional till nationell nivå. *Sigtuna kommun*, *Östersunds kommun*, *Norrbottnens läns landsting*, *Sveriges Kommuner och Landsting*, *Svensk Förening För Folkhälsoarbete*, *Nationella Healthy Cities nätverket* avvisar förslaget att länsstyrelserna skall få i uppdrag att samordna arbetet med att ta fram regionala folkhälsomål. *Länsstyrelserna i Skåne* och *Västernorrlands län* stödjer förslaget förutsatt att ytterligare resurser tillförs. *Landstinget i Västernorrlands län* anser att det behöver utvecklas ett närmare samarbete med länsstyrelsen och att de gemensamt samordnar det regionala arbetet. Socialstyrelsen anser att det i dag inte finns tillräckligt underlag för att bedöma vilken organisationsform som är bäst.

De flesta landsting som tar upp frågan samt *Sveriges Kommuner och Landsting* motsätter sig förslaget om statliga regionala metodcentra liksom länsstyrelsen i Skåne län. Hälsouniversitetet vid Linköpings universitet, *Landstingen i Dalarnas* och *Norrbottnens län*, *Tjänstemännens Centralorganisation* och *Vårdförbundet* anser att regionala folkhälsocentra bör etableras. Ett par landsting och *Haninge kommun* påpekar att frågan bör avgöras först då Ansvarskommittén har lagt sitt slutbetänkande. *Landstinget i Värmlands län* anser att om de upprättas bör det ske i nära samband med universitet och högskolor och de skall fungera som rena kunskapscentra.

Statskontoret, *Gotlands kommun* och *Landstingen i Blekinge* och *Skåne län* saknar en naturlig ansvarig för vissa av förslagen i rapporten. Dessutom framhåller *Statskontoret* att för inget av de förslag som riktar sig till kommuner och landsting finns någon finansiering angiven. Det strider mot finansieringsprincipen. *Gotlands kommun* anser att det initialt krävs statliga medel.

Skälen för regeringens bedömning

Framtida uppföljning av folkhälsoarbetet

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145) aviserade regeringen att den avser att regelbundet återkomma till riksdagen med redovisningar av folkhälsans utveckling och de åtgärder som vidtas för att förbättra den. Avsikten är att redovisningarna skall ske med utgångspunkt i folkhälsans bestämningsfaktorer och de indikatorer som speglar utvecklingen. Bestämningsfaktorerna är i sin tur knutna till folkhälsopolitikens elva målområden.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) skall enligt sin instruktion (2001:309) ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser

inom folkhälsoområdet och skall vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom området (avsnitt 5.1). FHI fick därför i regleringsbrevet för år 2006 i uppdrag att ta fram en folkhälsopolitisk rapport som skall lämnas till regeringen i april 2009. Regeringen avser att förtydliga uppdraget i enlighet med vad som utvecklas i detta avsnitt.

Av remissinstanserna pekar bl.a. *Socialstyrelsen* på behovet av att utveckla uppföljningen av folkhälsoarbetet. I FHI:s uppgifter ingår att samordna de berörda myndigheternas insatser. Frågor med anknytning till bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder för att förbättra förutsättningarna för hälsa ligger huvudsakligen inom andra myndigheters ansvarsområden. För att FHI skall kunna lämna de underlag som regeringen behöver krävs därför att de berörda myndigheterna bistår med underlag och analyser och att de tar ansvar för uppföljning, analys och rapportering inom sin sektor. I myndigheternas ansvar ingår redan i dag att följa upp och utvärdera den egna måluppfyllelsen, en uppföljning som också bör visa hur insatserna bidragit till att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan. En viktig utgångspunkt bör vara att den nationella informationen skall vara användbar och till nytta även på regional och lokal nivå samt så långt möjligt även nedbrytbar till regional och lokal nivå.

Underlagen till denna skrivelse styrker regeringens uppfattning att det inom folkhälsoarbetet är viktigt att belysa ojämlikhet i hälsa och de faktorer i samhället som orsakar den. Den kommande folkhälsopolitiska rapporten bör även innehålla en sammanställning av vidtagna åtgärder tillsammans med en bedömning av resultaten och de mer långsiktiga effekterna av genomförda insatser för att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet. En särskild uppgift bör vara att överväga om utvecklingen inom målområdena och deras bestämningsfaktorer kan sammanfattas på ett lättillgängligt sätt. Miljömålsrådets redovisning av utvecklingen för miljö kvalitetsmålen med delmål är i sammanhanget ett intressant exempel.

Myndigheternas kommande arbete med att ta fram underlag till den kommande folkhälsopolitiska rapporten kommer att ge mer information om rapporteringssystemet. Regeringen bedömer att det är viktigt att berörda myndighetens rapportering till FHI fungerar väl.

Socialstyrelsen har genom sitt regleringsbrev för år 2006 fått i uppdrag att ta fram en uppdaterad folkhälsorapport som skall lämnas till regeringen senast den 1 oktober 2008. Den rapporten är ett viktigt underlag för den kommande folkhälsopolitiska rapporten.

Utvärdering och utveckling av bestämningsfaktorer och indikatorer

De bestämningsfaktorer och indikatorer som utnyttjas i denna skrivelse har sitt ursprung i ett utvecklingsarbete som FHI på uppdrag av regeringen genomfört tillsammans med berörda myndigheter. I uppdraget ingick att identifiera vilka ytterligare indikatorer som bör tas fram. Arbetet redovisades till regeringen i mars 2003 (dnr S2003/3223/FH). Redovisningen utnyttjades därefter som underlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH). Bestämningsfaktorerna och indikatorerna i rapporten har valts en vetenskaplig grund. Regeringens uppfattning är att detta bör vara utgångspunkten även i fortsättningen. Vissa remissinstanser har dock pekat på att vissa bestämningsfaktorer behöver ses över, antingen nu

eller i framtiden (jämför avsnitten 4.4, 4.5 och 4.8). Därutöver ser regeringen ett behov av att komplettera bestämningsfaktorerna inom målområde 11 (se avsnitt 4.10). Regeringen bedömer därför att FHI inom ramen för det befintliga uppdraget om en ny folkhälsopolitisk rapport (se ovan) bör se över valet av bestämningsfaktorer inom ovan nämnda målområden. Vid översynen av bestämningsfaktorerna är jämställdhets- och barnperspektiven en viktig utgångspunkt. Detta innebär att ett jämställdhetsperspektiv skall integreras i hela uppsättningen av bestämningsfaktorer och barnperspektivet i bestämningsfaktorerna som faller inom målområden som rör barns villkor. I Sverige finns fem nationella minoriteter för vilka Sverige har ett särskilt åtagande som också bör beaktas i det folkhälsopolitiska arbetet.

FHI och flera remissinstanser har påpekat att såväl uppsättningen som utformningen av indikatorer behöver utvecklas i vissa fall. Exempelvis utvecklar Socialstyrelsen för närvarande statistik för att belysa funktionshindrade personers levnadsförhållanden. Detta arbete kan förväntas leda till att nya indikatorer utvecklas för flera av målområdena. I sitt remissvar påpekar Socialstyrelsen därför att det är viktigt att en kontinuerlig utveckling av och diskussion om indikatorerna fortgår.

Enligt regeringens bedömning bör översynen av indikatorer i huvudsak ske inom ramen för det relevanta politikområdet. Den bör bl.a. gå ut på:

- Att identifiera funktionella indikatorer som på ett relevant sätt avspeglar hälsoläget och variationen mellan olika grupper i samhället samt utvecklingen över tid. Kön skall vara en indelningsgrund.
- Att begränsa antalet indikatorer.
- Att i så stor utsträckning som möjligt utnyttja de indikatorer som statliga myndigheter tar fram i annat syfte. Översynen bör till exempel samordnas med den utveckling av indikatorer som skall ske inom jämställdhetspolitiken (prop. 2005/06:155 s. 55–56) och inom barnpolitiken (Ds 2005:59).

Lokalt och regionalt arbete

FHI föreslår att länsstyrelserna får ansvara för den regionala samordningen av folkhälsoarbetet. I det bör enligt institutet ingå att ta fram regionala folkhälsomål på motsvarande sätt som gäller för miljö kvalitetsmålen, att föra ut den nationella folkhälsopolitiken i länet och sammanställa planer för hur de regionala målen skall nås och vem som skall göra vad, att följa upp de regionala målen och folkhälsoarbetet i länet samt att rapportera hur folkhälsopolitiken och folkhälsoarbetet utvecklas i länet. Folkhälsopolitikens målområden är dock inte mål. Till skillnad från miljö kvalitetsmålen kan de därför inte vara förebilder för regionala mål utan det kan krävas ett omfattande regionalt utvecklingsarbete.

Majoriteten av landstingen motsätter sig i sina remissvar att länsstyrelserna får ett sådant ansvar. Remissinstanserna är dessutom kluvna till FHI:s förslag om regionala metodcentra. Merparten av landstingen avstyrker det. Den regionala samhällsorganisationen utreds för närvarande. En närmare analys av hur ett system för regionalt folkhälsoarbete kan utformas bör därför avvakta beredningen av Ansvarskommitténs slutbetänkande (dir. 2004:93).

I sina remissvar pekade *Statskontoret, Gotlands kommun* samt *landstingen i Blekinge och Skåne län* på att det är osäkert vem som är ansvarig för att utföra vissa åtgärder som föreslogs i *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Statskontoret pekade även på finansieringsprincipen beträffande förslag som riktar sig till kommuner och landsting.

Utvecklingen av folkhälsan påverkas i huvudsak av åtgärder som vidtas inom andra politikområden. För att på ett effektivt sätt kunna prioritera mellan olika åtgärdsförslag är det viktigt att myndigheterna, när de lämnar förslag om åtgärder som påverkar folkhälsan till regeringen, tar fram utvecklade underlag om konsekvenser av förslagen, inklusive budgeteffekter och finansiering. Myndigheternas arbete med hälsokonsekvensbedömningar (avsnitt 6.1) är i detta sammanhang ett viktigt underlag. Det är särskilt viktigt för kommuner och landsting som inom starkt begränsade budgetramar behöver kraftsamla på ett begränsat antal områden samtidigt som de upplever ett problem med olika budskap från olika myndigheter. En naturlig följd av detta är att myndigheter med olika fackkompetens bör samarbeta för att identifiera åtgärder som har positiva synergieffekter.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 maj 2006

Närvarande: statsrådet Ringholm, ordförande, och statsråden Sahlin, Östros, Messing, Y. Johansson, Bodström, Sommestad, Karlsson, Nykvist, Andnor, Nuder, M. Johansson, Hallengren, Björklund, Holmberg, Jämtin, Österberg, Orback

Föredragande: Morgan Johansson

Regeringen beslutar skrivelse 2005/06:205 Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt