

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 14 december 1995 att tillsätta en kommitté med uppgift att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen (S 1995:14). I direktiven framhölls att målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Utredningsdirektiven (Dir. 1995:158) bifogas i sin helhet som bilaga 1.

Genom beslutet bemyndigades socialministern att utse ledamöter, sakkunniga, experter och annat biträde som fordras för uppdraget. Kommittén hade sitt första sammanträde i april 1997 och antog då namnet Nationella folkhälsokommittén.

Den 26 juni 1997 beslutade regeringen om vissa tilläggsdirektiv till kommittén med anledning av det inom Världshälsoorganisationen (WHO) inledda arbetet med att revidera den s.k. Hälsa-för-alla-strategin. Tilläggsdirektiven (Dir. 1997:89) redovisas i bilaga 1.

En kortfattad redogörelse för utredningsuppdraget, syftet med betänkandet och vårt arbetes uppläggning lämnas i kapitel 1.

Nationella folkhälsokommittén har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier, kommun- och landstingsförbunden, statliga myndigheter, den fackliga rörelsen, forskarvärlden m.fl. Sammansättningen av kommittén och sekretariatet framgår av bilaga 2. Av bilaga 3 framgår vilka som har biträtt sekretariatet vid utarbetandet av detta betänkande.

Nationella folkhälsokommittén har tidigare lämnat ett delbetänkande till Socialdepartementet med titeln *Hur skall Sverige må bättre? — första steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1998:43). Det betänkandet hade till syfte att redovisa några utgångspunkter och principer som bedömdes vara vägledande i formulerandet av nationella mål och

strategier. Betänkandet remitterades av kommittén till drygt 500 remissinstanser och remissvaren har sedan varit ett viktigt underlag för arbetet med föreliggande betänkande. En sammanställning av remissvaren har publicerats.

Utöver det betänkande som kommittén utarbetat har den också gett ut sju debattskrifter i för kommittén aktuella ämnen samt 14 underlagsrapporter till grund för kommitténs arbete. Av bilaga 4 framgår vilka arbetsgrupper och personer som medverkat vid utarbetande av underlagsrapporterna. En sammanställning av utredningens publikationer återfinns i bilaga 5.

I föreliggande betänkande har Nationella folkhälsokommittén arbetat vidare med att utforma en nationell strategi för en bättre och jämlik hälsa och till grund för denna ligger ett antal sakkapitel med mål och delmål där viktiga risk- och friskfaktorer, målgrupper och vissa sjukdomar behandlas.

Nationella folkhälsokommittén överlämnar härmed betänkandet SOU 1999:137 som är andra steget i den process som skall leda till förslag om nationella folkhälsomål och strategier. Kommittén avser att remittera betänkandet genom egen försorg till olika berörda organ inom folkhälsoområdet. De synpunkter som på så sätt inhämtas, kommer att vara ett viktigt underlag för kommittén inför arbetet med att formulera nationella folkhälsomål.

Betänkandet har framställts på kassett. Därjämte finns utredningen framställd i en kortversion och i en lättläst kort version.

Stockholm i december 1999

Margareta Persson

Agneta Börjesson

Leif Carlson

Cecilia Carpelan

Eva Lannerö

Lars Weinehall

Conny Öhman

*/Tore Karlsson
Bernt Lundgren
Piroska Östlin
Lillemor Cedergren*

Innehåll

Sammanfattning	13
-----------------------------	-----------

DEL 1 – UPPDRAG

1 Uppdrag, underlag och syfte	43
1.1 Uppdrag	43
1.2 Arbetsformer	47
1.3 Underlagsmaterial.....	50
1.3.1 Inledning	50
1.3.2 Några aktuella utländska folkhälsostrategier	51
1.3.3 Rapporter från arbetsgrupper med experter	62
1.3.4 Beräkningar av sjukdomsbördan i Sverige.....	63
1.3.5 Synpunkter från remissinstanserna	67
1.4 Avgränsningar, syfte och läsanvisningar	69
1.4.1 Avgränsningar	69
1.4.2 Syfte	70
1.4.3 Läsanvisningar	71

DEL 2 – EN NATIONELL STRATEGI FÖR FOLKHÄLSAN – VISIONER OCH HÄLSOPOLITISKA MÅL

2 Etiska utgångspunkter och prioriteringskriterier.....	75
2.1 Inledning.....	75
2.2 Etik, jämlikhet och hälsa	75
2.2.1 Maximering av hälsan - oavsett jämlikhet.....	76
2.2.2 Jämlikhet i ohälsans konsekvenser eller orsaker?	77
2.3 Hälso- och sjukdomsbegrepp.....	80
2.4 Kriterier för prioritering av sjukdomsorsaker – effektivitet och jämlikhet	83

2.5	Effektivitet, jämlikhet och legitimitet i hälsopolitiken	88
2.6	Individens resp. samhällets ansvar	90
3	Vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa	93
3.1	Inledning.....	93
3.2	Tre viktiga drag i senare års hälsoutveckling	93
3.2.1	Den stadigt ökande medellivslängden	94
3.2.2	Psykiska och psykosomatiska besvär ökar – särskilt hos yngre kvinnor i arbeten med låga utbildningskrav.....	95
3.2.3	De sociala olikheterna i hälsa består.....	96
3.3	Några viktiga utvecklingslinjer i samhället och krav på hälsopolitiken.....	97
3.3.1	Ökande krav på kvalifikationer och flexibilitet i arbetslivet.....	97
3.3.2	Förändrade förutsättningar för att bevara och stärka det sociala kapitalet.....	100
3.3.3	Barnfamiljernas villkor och barnens antal och uppväxt.....	102
3.3.4	Internationalisering och konsumtionsmönster.....	104
3.4	Mål, indikatorer, måttenheter, tidsperspektiv och målstruktur	105
3.4.1	En nationell strategi med operationella mål.....	105
3.4.2	Tidsperspektiv till år 2010	105
3.5	Vision, strategier och mål för ett hälsovänligt samhälle	107
3.5.1	Vår vision för ett hälsovänligt samhälle.....	108
3.5.2	Strategi 1 – Stärk den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället	109
3.5.3	Strategi 2 – Öka möjligheterna till integration på arbetsmarknaden - och minska utslagningen	114
3.5.4	Strategi 3 – Öka människors inflytande och trygghet i arbetslivet	116
3.5.5	Strategi 4 – Öka barnfamiljernas ekonomiska och tidsmässiga utrymme.....	118
3.5.6	Strategi 5 – Ge barn och ungdomar likvärdiga förutsättningar i livet genom att minska segregationen och genom kompensatoriska åtgärder	120
3.5.7	Strategi 6 – Ge äldre och personer som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade likvärdiga möjligheter att forma sina liv efter behov.....	122

3.5.8	Strategi 7 – Skapa miljöer för en hållbar hälso- utveckling.....	124
3.5.9	Strategi 8 – Öka solidariteten med dem som är sårbara för livsstilsrisker - tobaksbruk, alkohol- konsumtion, fysisk inaktivitet och fet mat.....	125

DEL 3 – MÅL OCH ÅTGÄRDER INOM OLIKA SAKOMRÅDEN

4	Arbetsliv och ekonomisk trygghet	131
4.1	Inledning.....	131
4.2	Arbetsliv.....	131
4.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	131
4.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	146
4.2.3	Befintliga mål och strategier	150
4.2.4	Mål och strategier.....	155
4.3	Ekonomisk trygghet	161
4.3.1	Bakgrund, nuläge och prognos	161
4.3.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	172
4.3.3	Befintliga mål och strategier	174
4.3.4	Mål och strategier.....	177
4.4	Avslutande bedömning	184
5	Socialt kapital och sociala relationer.....	185
5.1	Inledning.....	185
5.2	Socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd.....	186
5.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	186
5.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	198
5.2.3	Befintliga mål och strategier	200
5.2.4	Mål och strategier.....	201
5.3	Avslutande bedömning	207
6	Miljöfaktorer	209
6.1	Inledning.....	209
6.2	Inomhusmiljö.....	210
6.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	210
6.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	214
6.2.3	Befintliga mål och strategier	216
6.2.4	Mål och strategier.....	218

6.3	Yttre miljö	221
6.3.1	Bakgrund, nuläge och prognos	221
6.3.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	227
6.3.3	Befintliga mål och strategier	230
6.3.4	Mål och strategier.....	232
6.4	Avslutande bedömning	235
7	Rekreation.....	237
7.1	Inledning.....	237
7.2	Grönområdets betydelse för rekreation.....	238
7.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	238
7.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	246
7.2.3	Befintliga mål och strategier	249
7.2.4	Mål och strategier.....	250
7.3	Avslutande bedömning	252
8	Mat och fysisk aktivitet.....	255
8.1	Inledning.....	255
8.2	Mat och matvanor.....	255
8.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	255
8.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	265
8.2.3	Befintliga mål och strategier	269
8.2.4	Mål och strategier.....	271
8.3	Fysisk aktivitet	275
8.3.1	Bakgrund, nuläge och prognos	275
8.3.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	282
8.3.3	Befintliga mål och strategier	286
8.3.4	Mål och strategier.....	289
8.4	Avslutande bedömning	293
9	Droger.....	295
9.1	Inledning.....	295
9.2	Tobak.....	296
9.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	296
9.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	305
9.2.3	Befintliga mål och strategier	311
9.2.4	Mål och strategier.....	313
9.3	Alkohol.....	323
9.3.1	Bakgrund, nuläge och prognos	326
9.3.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	333

9.3.3	Befintliga mål och strategier	337
9.3.4	Mål och strategier.....	343
9.4	Narkotika	353
9.4.1	Bakgrund, nuläge och prognos	354
9.4.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	362
9.4.3	Befintliga mål och strategier	365
9.4.4	Mål och strategier.....	367
9.5	Läkemedelsberoende	369
9.5.1	Bakgrund, nuläge och prognos	370
9.5.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	379
9.5.3	Befintliga mål och strategier	381
9.5.4	Mål och strategier.....	383
9.6	Avslutande bedömning	385
10	Vissa sjukdomar och skador	387
10.1	Inledning.....	387
10.2	Psykisk hälsa	387
10.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	387
10.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	395
10.2.3	Befintliga mål och strategier	405
10.2.4	Mål och strategier.....	408
10.3	Skador.....	418
10.3.1	Bakgrund, nuläge och prognos	418
10.3.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	422
10.3.3	Befintliga mål och strategier	424
10.3.4	Mål och strategier.....	430
10.4	Hudcancer	441
10.4.1	Bakgrund, nuläge och prognos	441
10.4.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	443
10.4.3	Befintliga mål och strategier	447
10.4.4	Mål och strategier.....	448
10.5	Allergier	450
10.5.1	Bakgrund, nuläge och prognos	450
10.5.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	456
10.5.3	Befintliga mål och strategier	462
10.5.4	Mål och strategier.....	465
10.6	Prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter	469
10.6.1	Bakgrund, nuläge och prognos	469
10.6.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	477

10.6.3	Befintliga mål och strategier	480
10.6.4	Mål och strategier.....	485
10.7	Avslutande bedömning	489
11	Målgrupper.....	493
11.1	Inledning.....	493
11.2	Barn och ungdom.....	494
11.2.1	Bakgrund, nuläge och prognos	494
11.2.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	499
11.2.3	Befintliga mål och strategier	504
11.2.4	Mål och strategier.....	510
11.3	Äldre	514
11.3.1	Bakgrund, nuläge och prognos	514
11.3.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	522
11.3.3	Befintliga mål och strategier	525
11.3.4	Mål och strategier.....	528
11.4	Invandrare	536
11.4.1	Bakgrund, nuläge och prognos	536
11.4.2	Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka.....	548
11.4.3	Befintliga mål och strategier	551
11.4.4	Mål och strategier.....	555
11.5	Avslutande bedömning	558
 DEL 4 – VÅRT FORTSATTA ARBETE		
12	Frågor för diskussion.....	563
12.1	Inledning.....	563
12.2	Frågor inom ramen för betänkandet.....	564
12.3	Nya frågeställningar.....	567
12.4	Avslutning	568
13	Vårt fortsatta arbete	569
	Reservation.....	571

Bilagor

1	Direktiv	577
2	Sammansättning av Nationella folkhälsokommittén.....	587
3	Personer som biträtt sekretariatet vid utarbetande av detta betänkande.....	589
4	Medverkande i arbetsgrupper	591
5	Underlagsrapporter och debattskrifter	595
6	Sammanfattning av remissyttranden	597
7	Nationella utredningar och initiativ som berör folkhälsofrågorna	607
8	Skuggrupper	619

Sammanfattning

Uppdrag, underlag och syfte (kap.1)

Nationella folkhälsokommitténs huvuduppdrag är att utarbeta förslag till nationella folkhälsomål och strategier för hur målen skall kunna uppnås. Kommitténs uppdrag redovisas i avsnitt 1.1.

Av direktiven framgår att kommittén skall arbeta utåtriktat och processororienterat. Detta arbete har bedrivits på olika sätt, t.ex. genom att debattskrifter i ämnen som är viktiga från folkhälsosynpunkt har tagits fram och genom att seminarier och konferenser har anordnats. Överläggningar har även skett med politiker, tjänstemän och andra aktörer inom folkhälsoområdet. I avsnitt 1.2 redovisas kommitténs arbetsformer.

Av avsnitt 1.3 framgår vilket underlag som kommittén har tagit del av och bearbetat. En inspirationskälla har varit hälsopolitiska dokument som har antagits av WHO, EU och enskilda länder som Storbritannien, Danmark och Norge. Kommittén har tillsatt tolv olika arbetsgrupper med experter och erhållit faktaunderlag från dessa med inriktning på viktiga risk- och friskfaktorer för hälsa, särskilda hälsoproblem och vissa målgrupper. Vidare har kommittén tagit del av nya beräkningar av sjukdomsördan i Sverige som har gjorts av en forskargrupp. Även synpunkter från remissinstanserna på vårt första betänkande har beaktats. Dessutom har kommittén erhållit underlag i form av pågående eller nyss avslutade utredningar samt beslut med anknytning till folkhälsoområdet som har fattats av regeringen och riksdagen.

Sammantaget har detta resulterat i förslag till preliminära nationella mål och strategier inom folkhälsoområdet. I betänkandet redovisas förslag till en nationell strategi för folkhälsan med bas i etiska ställningstaganden och med fokus på en vision för ett hälsovänligt samhälle samt övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa. Utöver denna nationella strategi ingår i betänkandet ett stort antal sakkapitel där mål, delmål och strategier inom för hälsan viktiga områden redovisas. Dessa sakkapitel har vidare utgjort ett väsentligt underlag till den nationella strategin.

Syftet med betänkandet är att få till stånd en bred dialog med berörda instanser om de preliminära mål och strategier som redovisas i betänkandet. Synpunkterna är viktiga i den fortsatta arbetsprocessen med att formulera mål och strategier. Slutliga mål och strategiförslag skall lämnas i samband med kommitténs slutbetänkande under hösten 2000.

Etiska utgångspunkter och prioriteringskriterier (kap. 2)

I kapitel 2 redovisas några etiska utgångspunkter och kriterier för prioritering som vi bedömer kan leda till en hälsopolitik som är effektiv i medlen och jämlik i utfallet.

I avsnitt 2.2 anges etiska utgångspunkter för hälsopolitiken. En grundläggande utgångspunkt för svensk socialpolitik och hälsopolitik har sedan länge varit den humanistiska människosynen. För hälsopolitiken innebär denna människosyn enligt vår mening att det är sjukdomarnas betydelse för människors möjlighet att välja och påverka sina levnadsvillkor som är det avgörande kriteriet för vilka prioriteringar som skall göras när det gäller att påverka människors hälsa. Prioriteringar av åtgärder mot ohälsans orsaker bör göras efter i vilken mån åtgärderna kan bidra till jämlikhet i sjuklighetens konsekvenser, vilket i sin tur beror på kunskap om orsaksmekanismerna. Detta resonemang har implikationer för tre viktiga premisser för vårt arbete med en folkhälsostراتيجية, nämligen för synen på: a) hälsobegreppet, b) fördelningen av sjukdomars orsaker, och c) balansen mellan effektivitet och jämlikhet i hälsopolitiken.

I avsnitt 2.3 diskuteras hälso- och sjukdomsbegrepp och i synnerhet de problem som är förknippade med att definiera och mäta hälsa. Till skillnad från sjukdomars orsaker är forskningen om hälsans orsaker begränsad och därför saknas i stor utsträckning underlag för ställningstaganden med bas i en definition av hälsa. Vi gör därför bedömningen att frågor om levnadsnivå, livskvalitet och välbefinnande som inte har någon orsaksrelation till sjukdom och ohälsa hör till den bredare välfärdspolitiken, inte till hälsopolitiken. Av detta resonemang drar vi i sin tur tre slutsatser. Den första är att det är viktigt att ha ett brett synsätt på sjukdomars och skadors orsaker. Varje hälsoproblem har många olika bidragande orsaker som hänger ihop i s.k. "kausala nät" så att de påverkar varandras förekomst och effekt. Den andra är att när fokus riktas på orsaker till sjukdom och ohälsa blir förslag till insatser inte begränsade till vad som kan definieras som riskfaktorer. Av denna anledning syftar många av våra förslag till att främja hälsa på områden

där vetenskapligt underlag visar att avsaknaden av insatser kan leda till ohälsa. Därmed sammanfaller ofta ett hälsofrämjande och ett sjukdomsförebyggande perspektiv. Den tredje gäller frågan om hur sjukdom och sjukdomskonsekvenser skall mätas. I denna fråga tar vi inte ställning utan anger att vi avser att återkomma till frågan i vårt slutbetänkande.

I avsnitt 2.4 diskuteras bl.a. kriterier för prioritering av sjukdomsorsaker i syfte att belysa hur jämlikhet och effektivitet kan tillgodoses i arbetet med att påverka sjukdomar och deras konsekvenser. Även hur detta kan omsättas i en uppfattning om vilka orsaker som bör påverkas och vilka grupper som man främst bör prioritera diskuteras.

I avsnitt 2.5 diskuteras frågor om effektivitet, jämlikhet och legitimitet i hälsopolitiken. Vi framhåller att ojämlikhet i ett samhälle kan accepteras om den är till gagn för de mest utsatta. En sådan balans mellan effektivitet och jämlikhet skapar i sin tur legitimitet med avseende på de välfärdssystem som byggs upp, inkl. hälsopolitiken.

I avsnitt 2.6 belyses individens respektive samhällets ansvar. Den enskilda individen i sin familj och med sitt sociala nätverk har ett grundläggande ansvar för sin egen hälsa. Föräldrar och andra vuxna har ansvar och måste vara förebilder för de unga. Möjligheterna att ta detta ansvar underlättas om individerna och hushållen har tillräckliga ekonomiska och sociala resurser för att styra sina egna liv och om hälsopolitiken och samhällspolitiken i stort utformas med individens behov av integritet som grund. Samhällets insats blir enligt vår uppfattning att skapa stödjande strukturer och miljöer för att bevara och förbättra befolkningens hälsa resp. att förebygga, uppskjuta och minska konsekvenserna av sjukdom. Samhällets ansvar är också att skydda befolkningens hälsa t.ex. genom skydd mot smittsamma sjukdomar. Vidare kan samhällets information om olika risk- och friskfaktorer för hälsa i vissa fall behöva kompletteras med särskilda resursinsatser resp. erbjudanden om stöd för hälsosamma val. Utifrån faktaunderlag föreslås i sakkapitlet mål och delmål som kommittén anser är viktiga för att få en förbättrad och mer jämlik hälsa i Sverige.

Vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa (kap. 3)

I detta kapitel formulerar vi vår vision av ett hälsovänligt samhälle, övergripande strategier för att nå detta samhälle och hälsopolitiska mål inom ramen för strategierna. Till målen är kopplat indikatorer och mått med inriktningen att målen skall uppnås till år 2010.

I avsnitt 3.2 redovisar vi tre viktiga drag i senare års hälsoutveckling. Det första är att medellivslängden har ökat kraftigt under efterkrigstiden och förväntas att öka ytterligare framöver. Det andra är att psykiska och psykosomatiska besvär ökar, särskilt hos yngre kvinnor i arbeten med låga utbildningskrav och hos barn och ungdomar. Det tredje är att sociala skillnader i hälsa mellan sociala klasser inte tycks ändra sig utan ligger kvar på nivåer som man också återfinner i många andra europeiska länder i dag.

Mot bakgrund av tendenserna i hälsoutvecklingen belyser vi i avsnitt 3.3 några viktiga utvecklingslinjer i samhället och de utmaningar som hälsopolitiken ställs inför. Vi anger i avsnittet hur kraven på kvalifikationer och flexibilitet har ökat i arbetslivet och tenderar att fortsätta öka samt hur detta påverkar hälsan. Vi nämner vidare att förutsättningarna för att bevara och stärka det sociala kapitalet i människors relationer till varandra och i samhället har förändrats. Flera studier visar att människor har utvecklat en mer individualistisk hållning till arbetslivet och samhällslivet i övrigt. Den ökade individualismen har dock inte inneburit någon förskjutning mot mer egoistiska hållningar på bekostnad av solidaritet, t.ex. när det gäller finansieringen av gemensamma välfärdsinstitutioner. Vi tar också upp barnfamiljernas och de ungas ekonomiska och andra villkor i samhället under 1990-talet. Vi påpekar att låga födelsetal kan ha ett samband med ansträngda villkor för barnfamiljerna. Vi poängterar också att barns och ungdomars sårbarhet i ett hälsoperspektiv måste beaktas vid utformningen av samhälls- och hälsopolitiken. Vi belyser även utvecklingslinjer när det gäller konsumtion av tobak, alkohol och mat m.m. Här menar vi att mycket kan göras i ett nationellt perspektiv trots internationellt fram-sprungna förändringar i villkoren för konsumtion inom dessa områden.

I avsnitt 3.5 redovisar vi sedan vår vision av ett hälsovänligt samhälle. Vi framhåller att ett hälsovänligt samhälle ger alla människor likvärdiga möjligheter att påverka de egna och gemensamma orsakerna till och konsekvenserna av sjukdom och ohälsa. I ett sådant samhälle har alla människor möjligheter att handskas med livets utmaningar och ta ett eget ansvar för den hälsa som kan påverkas av individen. Faktorer i den omgivande miljön som skapar fysisk och psykisk ohälsa, såsom ojämlika levnadsförhållanden och osunda miljöer, har undanröjts i betydande grad.

Vidare redovisar vi åtta övergripande strategier för ett hälsovänligt samhälle. Dessa är följande:

- Stärk den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället.
- Öka möjligheterna till integration på arbetsmarknaden – och minska utslagningen.
- Öka människors inflytande och trygghet i arbetslivet.
- Öka barnfamiljernas ekonomiska och tidsmässiga utrymme.
- Ge barn och ungdomar likvärdiga förutsättningar i livet genom att minska segregationen och genom kompensatoriska åtgärder.
- Ge äldre och personer som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade möjligheter att forma sina liv efter behov.
- Skapa miljöer för en hållbar hälsoutveckling.
- Öka solidariteten med dem som är sårbara för livsstilsrisker.

Inom ramen för dessa strategier anges 19 hälsopolitiska mål med indikatorer och mått som ger möjlighet att avläsa om målen har uppnåtts år 2010.

Arbetsliv och ekonomisk trygghet (kap. 4)

I kapitlet riktas uppmärksamheten mot tendenser i den allmänna samhälls- och välfärdsutvecklingen som enligt vårt underlag har strategisk betydelse för en god och jämlik hälsoutveckling. I fokus för framställningen står hälsokonsekvenserna av skillnader i olika befolkningsgruppers möjligheter till ekonomisk trygghet samt strukturella förändringar på arbetsmarknaden och i arbetslivet.

I avsnitt 4.2 om arbetsliv framhålls att förvärvsarbete inte bara är den viktigaste källan till våra inkomster och vår försörjning, utan i stor utsträckning också till våra möjligheter att bli delaktiga i samhällets aktiviteter, att utvecklas och lära oss nya saker samt att utveckla relationer till andra människor. Arbetet är en viktig bas för människors identitet och sociala status. Arbetet kan alltmer betraktas som en förutsättning för vår hälsa.

Förekomsten av såväl fysiska som psykosociala risker i arbetslivet varierar påtagligt mellan arbetar- och tjänstemannayrken, mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper och mellan olika regioner. Dagens arbetsmiljöproblem är av mångfacetterad karaktär och rymmer såväl välkända gamla arbetsmiljöfrågor av konkret natur, t.ex. fallolyckor, som mer svårdefinierade problem härrörande ur mänskliga relationer. Dessutom har det under senare år stått klart att arbetslivets snabba förändring mot ”slimmade organisationer” etc. också kommit att

innebära både nya problem och gamla problem i ny tappning. Även uppkomsten av nya branscher har medfört att såväl nya som gamla arbetsmiljöproblem dykt upp. De "slimmade organisationerna" har lett till flera och olikartade problem på arbetsplatserna såsom övertalighet, ökad arbetstakt, ny och svåröverskådlig teknik, övertidsarbete, ensamarbete, våldsrisker m.m.

Den ökade arbetstakten är en av de mest påtagliga arbetsmiljöförändringarna som inträffat under de senaste fem åren, både för kvinnor och män. Många kvinnor uppger också att det tunga och ensidiga arbetet har ökat. Arbetet beskrivs som stressigt, man har för mycket att göra och det är psykiskt påfrestande. Dessutom verkar konflikterna på arbetsplatserna ha ökat. Även risken att utsättas för våld har ökat. Allergier och hudsjukdomar är ett utbrett problem som hör till de vanligaste arbetsrelaterade sjukdomarna och som drabbar unga människor och kvinnor i större utsträckning än män och äldre personer.

En betydelsefull faktor som samspelar med arbetsmarknadens skiktning är utbildning. Om den framtida arbetsmarknaden i större utsträckning kommer att präglas av just-in-time anställningar kommer tröskeln till de goda jobben och företagets kompetensutveckling att höjas. Detta minskar sannolikt kompetensutvecklingsmöjligheterna för grupper, som av något skäl har en svag arbetsmarknadsanknytning.

Hur stor del av socialförsäkringens kostnader på närmare 58 miljarder kronor som kan hänföras till ohälsa i arbetslivet är svårt att beräkna. Det är möjligt att göra skattningar av arbetslivets bidrag till sjukpenningkostnaden för olika sjukdomar. Arbetsskadeersättningen på ca 6,1 miljarder kronor hör utan tvekan hit, liksom den större delen av rehabiliteringskostnaderna. Ett par miljarder kronor av sjukpenningen kan också direkt hänföras till arbetsskadorna. På grund av den arbetsrelaterade ohälsan minskar bruttonationalprodukten årligen med uppskattningsvis 180 000 kronor per sjuk person. Det innebär att för varje person som genom förebyggande eller rehabiliterande insatser kan vara kvar i produktionen, ökar BNP med ca 180 000 kronor per år och arbetsskadad.

Ett viktigt strategiskt mål för samhällspolitiken generellt och folkhälsopolitiken särskilt bör därför vara att utbildnings- och hälsomässiga förutsättningar skall anpassas till förändrade krav i arbetslivet och därmed minska utslagningen. Den framtida hälsoutvecklingen i befolkningen påverkas i hög grad av i vilken utsträckning man lyckas integrera människor på arbetsmarknaden, minska arbetslösheten och skapa en meningsfull sysselsättning och utbildning samt socialt stöd för dem som står utanför arbetsmarknaden.

Svenskt arbetsmiljöarbete har varit mycket framgångsrikt i många avseenden. Genom systematiska och långsiktiga satsningar inom arbetsmiljöområdet har det varit möjligt att minska den arbetsrelaterade sjukligheten och dödligheten för stora grupper av arbetstagare. Fortfarande är dock skillnader i arbetsmiljön en av de viktigaste orsakerna till ohälsans ojämlika fördelning mellan olika social- och yrkesgrupper.

För att gå vidare i arbetet när det gäller arbetsmarknads- och arbetslivsfrågorna föreslår vi ett antal mål som vi anser har positiva effekter på människors hälsa. Vårt första mål är att sysselsättningen bör öka och långtidsarbetslösheten minska. Bakgrunden till detta är att såväl svenska som internationella studier visar att arbetslöshet påverkar hela hälsopanoramata. Arbetslöshet medför ofta att det psykiska välbefinnandet försämras, sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtion ökar, unga män ökar sin alkoholkonsumtion och unga kvinnor röker mer. Arbetslöshetens negativa ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser påverkar även de arbetslösas familjer, framför allt barnen.

I avsnittet redogör vi också för andra mål. Ett av dessa är att satsningar bör göras på hälsofrämjande arbetsmiljöer och på en hållbar arbetsförmåga. Vidare anger vi att företagshälsovården bör förstärkas liksom yrkes- och arbetslivsrehabiliteringen. Vi tar också upp att kunskapen och informationen om arbetslivets hälsokonsekvenser bör öka.

I avsnitt 4.3 redogör vi för frågor om ekonomisk försörjning och ekonomisk trygghet.

Ett stort antal studier har belyst sambandet mellan inkomstfördelning och folkhälsa. Av studierna framgår att sambandet mellan BNP-nivån per capita i olika länder och dödlighetsnivån är svagare än det samband som finns mellan ländernas interna inkomstspridning och dödlighetsnivån. En stor inkomstspridning är en riskfaktor för ohälsa jämfört med en jämn inkomstfördelning.

Flera tolkningar av sambandet har förts fram. En är att samhällen med en stor inkomstspridning har en högre andel exponerade för relativ fattigdom (exempelvis definierat som inkomst under 50 procent av medianinkomsten) och därmed, allt annat lika, en högre dödlighet. En annan förklaring är att inkomstspridningen kan påverka, och påverkas av, samhällets sociala sammanhållning och tillit som viktiga förmedlande faktorer. En del studier visar t.ex. att samhällen med stora inkomstklyftor också uppvisar svaga välfärdsinstitutioner och låga investeringar i s.k. socialt kapital, medan det omvända oftast gäller för samhällen med små inkomstklyftor. Starka välfärdsinstitutioner har skyddande effekter mot ohälsa. Även social integration och socialt stöd är viktiga skyddsfaktorer mot ohälsa på individnivån.

De stora kontraster i inkomster som redovisas i de utländska studierna finns inte i Sverige. I och med att inkomstklyftorna har tenderat att öka även i Sverige är dock inkomstspridningen ett observandum när det gäller folkhälsan även här.

Aktuella och representativa amerikanska studier visar på betydelsen av relativ fattigdom. Hundratals studier handlar om fattigdomens effekter på barns hälsa, skolprestationer och beteendeavvikelser. Barn i fattiga hushåll rapporterar dålig hälsa i betydligt högre grad än övriga. På samma sätt har studier av dödligheten bland vuxna i yrkesverksam ålder visat ett mycket starkt samband mellan inkomst och hälsa.

Studier om svenska förhållanden som har gjorts visar samband mellan inkomst och hälsa. I en studie redovisades samband mellan inkomst och symtom på såväl somatisk som psykisk ohälsa bland vuxna i åldern 35–64 år av samma storleksordning som i de utländska studierna.

Aktuella data från SCB:s ULF-material visar på ett starkt samband mellan inkomst och självskattad hälsa i dagens Sverige. Det gäller särskilt mått på ekonomisk stress i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till hyra och/eller mat under det gångna året samt avsaknad av kontantmarginall, dvs. svårigheter att vid behov skaffa fram 14 000 kronor på en vecka. För både män och kvinnor med dessa ekonomiska svårigheter är risken för ohälsa omkring två gånger högre än vad som gäller för befolkningen i genomsnitt.

Kunskapen om mekanismerna bakom den relativa fattigdomens påvekan på hälsan är ofullständig, men vi vet att permanent låga inkomster och inkomstförsämringar är riskfaktorer genom den ekonomiska stress och i vissa fall skam som det innebär att inte ha samma möjligheter som andra i samhället, att behöva oroa sig för att ekonomin inte skall gå ihop etc. Vidare vet vi att ekonomisk stress och arbetslöshet i hög grad interagerar, dvs. att effekten av den ena faktorn är beroende av närvaron av den andra. Många studier från Europa visar t.ex. att hälsoeffekten av arbetslöshet, inte minst med avseende på depressioner, är starkt beroende av i vilken utsträckning arbetslöshet leder till ekonomiska svårigheter. Vi vet också att tobaksrökning är relaterat till ekonomisk stress och arbetslöshet.

De kraftiga försämringarna av den offentliga ekonomin och arbetsmarknaden under 1990-talet har påverkat hushållens ekonomiska försörjning. Som ett led i den statliga budgetsaneringen sänktes nivåerna i de statliga transfereringarna och beskattningen av hushållen ökade. Dessa förändringar har enligt Finansdepartementets fördelningspolitiska analyser åstadkommit utan att spridningen av den ekonomiska standarden mellan olika grupper har påverkats i någon större utsträck-

ning. Spridningen i ekonomisk standard visar enligt analyserna ingen tydlig trend mellan åren 1991 och 1998. Under perioden 1995–1998 förefaller dock spridningen i standarden ligga på en något högre nivå än i början av 1990-talet. Trots denna till synes marginella förändring har emellertid de flesta grupper fått en försämrad ekonomisk standard under decenniet.

Barnfamiljer och ungdomar har förlorat mest. För ensamstående föräldrar med två eller fler barn och samboende med tre eller fler barn har den ekonomiska standarden sjunkit med ca 10 procent mellan åren 1991 och 1998. För ungdomar under 25 år beräknas minskningen uppgå till ca 18 procent. Att allt fler ungdomar studerar längre än tidigare är i stor utsträckning ett skäl till minskningen enligt Finansdepartementet. Ålderspensionärernas ekonomiska standard har ökat i genomsnitt mellan åren 1991 och 1998 med ca 5 procent. Denna förbättring beror helt på högre inkomster hos nytillträdande pensionärer under perioden. Ser man istället till utvecklingen av den ekonomiska situationen för de äldre pensionärerna har dessa fått en genomsnittlig försämring av sin disponibla inkomst efter skatt. För perioden 1991–1996 är denna försämring 3 procent i genomsnitt. Andelen hushåll med en svag ekonomi, dvs. under 50 procent av medianinkomsten, har ökat från 4,1 till 4,8 procent mellan åren 1991 och 1998. Finansdepartementet redovisar inga uppgifter om utländska medborgare i den fördelningspolitiska redogörelsen.

Med tanke på de redovisade vetenskapliga sambanden och den utveckling som har skett beträffande olika gruppers ekonomiska försörjningsvillkor och trygghet under 1990-talet redovisar vi ett antal mål. Dessa är att ökade inkomstklyftor bör motverkas. Vidare framhåller vi att den relativa fattigdomen bör minska. Som delmål beträffande relativ fattigdom anger vi bl.a. att försörjningssituationen för hushåll med låga inkomster bör förbättras, att nya kvalifikationsvillkor för arbetslöshets- och sjukförsäkringen bör övervägas och att kompensatoriska åtgärder inom bl.a. förskola och skola bör finnas för barn och ungdom i utsatta områden. Vi anger vidare som mål att det bör finnas ”skydd” mot otrygga anställningar och inkomstförsämringar, att den ekonomiska tryggheten för arbetshandikappade personer bör förbättras och att det bör finnas mer förebyggande inslag i socialförsäkringen.

Socialt kapital och sociala relationer (kap. 5)

I kapitel 5 behandlas hur sociala relationer påverkar hälsan och vilken betydelse relationer har för att individen skall utvecklas till en välfungerande samhällsmedlem. I kapitlet diskuteras också hur människans biologi och sociala liv samvarierar.

I avsnitt 5.2 konstateras att sociala relationer har en mycket stor betydelse för människan. De är nödvändiga för att skapa hennes identitet och känsla av samhörighet med sin familj, sin kultur och med andra grupper som hon ingår i. De är också helt nödvändiga för hennes psykologiska utveckling till en välfungerande samhällsmedlem. Det har också visat sig att sociala relationer är av största vikt eftersom de är nödvändiga för att människor skall kunna känna tillit och slippa att ständigt vara på sin vakt mot hotande situationer. En upplevelse av hot innebär att kroppen ställer om hela sin biologi för att vara beredd på kamp eller flykt, dvs. det som vi kallar stress. Det finns nu en rad belägg för att långvarig negativ stress ökar risken för en rad olika sjukdomar. I detta avsnitt visas på kopplingen mellan svaga sociala relationer, låg tillit, stress och ohälsa, vilket har lett till slutsatsen att sociala relationer har en mycket stor betydelse för folkhälsan.

När det gäller att förstå sociala relationers betydelse för folkhälsan spelar begreppet socialt kapital en central roll och då inte bara på individnivå utan också för förståelsen av hur sociala strukturer fungerar för relationerna i lokalsamhället, bostadsområdet, etc. Begreppet kan definieras som resultatet av de resurser som investeras av individer, grupper, organisationer, etc, för att utveckla goda sociala relationer som skapar tillit hos individerna.

I avsnittet behandlas också vilken roll som de sociala nätverken spelar och vilken betydelse som ett bra socialt stöd kan ha. Avsnittet relaterar också till konsekvenserna av samhällsförändringarna under detta sekel och hur strukturella förändringar ändrat förutsättningarna för socialt stöd.

Uppbrott från kända nätverk och trygga relationer innebär ofta en ökad sårbarhet för ohälsa. Hamnar individen dessutom i arbetslöshet och i svåra ekonomiska motgångar är risken stor för en social marginalisering. Arbete som gör det möjligt för den enskilde att försörja sig och känna värde är därför av yttersta vikt. Marginalisering motverkas inte enbart av en jämn inkomstfördelning och full sysselsättning utan det är också viktigt att det finns bra förskolor och skolor som kan ge stöd, skapa tillit och förebygga utanförskap. Särskilt viktigt är detta i områden som är socioekonomiskt underprivilegierade. Viktigt i sammanhanget är också att minska segregationen i samhället. Om detta redovisar vi ett

särskilt mål och betonar att segregationen bör minska på arbetsmarknaden och i boendet. I avsnittet anger vi vidare som mål att en reduktion av det sociala kapitalet skall förhindras. Det gäller det sociala kapitalet i relationerna människor emellan och i samhällets institutioner.

Vi framhåller också i ett mål att stödjande miljöer för människors hälsa bör utvecklas och pekar särskilt på betydelsen av ett aktivt och differentierat föreningsliv. Vi anger vidare som mål att kunskaperna om sociala relationers betydelse för förloppet av redan inträffad ohälsa skall användas bättre. Det är vetenskapligt belagt att insatser för att skapa sociala nätverk för patienter och anhöriga och i övrigt underlätta patienters sociala kontakter kan ge betydande hälsovinster. Vi trycker därför bl.a. på att sociala relationer och socialt stöd bör uppvärderas när det gäller insatser till personer som redan är sjuka.

Miljöfaktorer (kap. 6)

I kapitel 6 behandlas avsnitt om inomhusmiljö och yttre miljö. Kemiska, fysikaliska och biologiska hälsorisker i luften vi andas, i maten vi äter och i vattnet vi dricker kan orsaka sjukdomar och ge upphov till besvärreaktioner som försämrar livskvaliteten. Skyddet av människors hälsa mot hälsorisker i miljön är en viktig förutsättning för en god folkhälsa. Sveriges förhållandevis goda folkhälsotillstånd beror till stor del på att vi har en lång tradition när det gäller att skydda människors hälsa från hälsorisker i miljön. Sammanfattningsvis konstateras att de från folkhälsosynpunkt viktigaste fysiska miljöfaktorerna utanför arbetslivet är tillgång till frisk luft såväl utomhus som inomhus samt tillgång till livsmedel som är fria från hälsofarliga ämnen.

I avsnitt 6.2 behandlas inomhusmiljön. Passiv rökning, radon, fuktiga och dåligt ventilerade bostäder, skolor och förskolor är faktorer som påverkar vår hälsa i en omfattning som är oacceptabelt hög.

Cirka 400 000–500 000 svenskar upplever sig vara så besvärade av inomhusklimatet att de får symptom i form av allergier, klåda, andningsbesvär etc.

År 1993 uppskattades att radonhalten i 70 000–120 000 småhus och i 20–80 000 lägenheter låg över Socialstyrelsens riktvärde. 15 000 hus uppges ha åtgärdats därefter. Radonhalterna beräknas ge upphov till 400–900 fall av lungcancer årligen.

Luftomsättningen i våra bostäder har generellt sett minskat. En negativ konsekvens av detta är tillväxt av mögel och mikroorganismer. Hälften av alla skolor, förskolor och lägenheter i flerbostadshus bedöms

ha en ventilation som understiger Boverkets normer. En effekt av detta är bl.a. luftvägsbesvär och allergier.

Den från hälsosynpunkt mest betydande luftföroreningen inomhus är rökning. Mer än 40 olika ämnen i tobaksröken har påvisats ha cancerframkallande effekter. Det uppskattas att 20–30 procent av astma hos barn beror på exponering för tobaksrök.

Mot bakgrund av denna redovisning anser kommittén att uppmärksamhet skall riktas mot de hälsoproblem som kan uppstå i inomhusmiljöer som bostäder, skolor och förskolor. Ett mål är att antalet sunda hus skall öka. Innebörden av detta är bl.a. att byggmaterial som är hälsovådligt inte skall användas och att bristfällig ventilation skall åtgärdas. Kommittén anger i ett annat mål att kunskaperna om brister i inomhusmiljön bör öka och att bostäder bör miljödeklarerars. Vidare redovisas som mål att den exponering som många utsätts för i dag vad gäller passiv rökning skall minska.

I avsnitt 6.3 behandlas den yttre miljön. Förekomsten av svårnedbrytbara ämnen i miljön och i vår föda – främst tungmetaller och vissa organiska miljögifter som ackumuleras i näringskedjor och i människokroppen – är potentiella hot mot folkhälsan. Spridningen av svårnedbrytbara ämnen är dock geografiskt ojämn och ofta beroende på var olika tillverkningsprocesser äger rum.

Dricksvattnet kan vara bärare av olika ämnen som är otjänliga. Det har uppskattats att ca 25 procent av de enskilda brunnarna har en vattenkvalitet som är otillfredsställande. Under perioden 1992–97 registrerades i Sverige 26 utbrott av smittsamma sjukdomar orsakade av kommunalt vatten och 13 utbrott från enskilda brunnar.

Det marknära ozonet har i genomsnitt ökat med 10 procent per år under 1990-talet. Luftföroreningarna i landets tätorter uppskattas orsaka ca 100 lungcancerfall per år. Utifrån resultat från flera olika besvärstudier uppskattas ungefär 5–10 procent av landets befolkning vara mycket störda av buller som kan skapa stressreaktioner och trötthet. Buller kan också vara en riskfaktor för högt blodtryck och hörsel-skador.

Den jämförelsevis goda hälsosituationen i Sverige beror till stor del på att vi sedan länge har haft en hög ambitionsnivå när det gäller att förebygga och undanröja hälsorisker i miljön. Kommittén anser att det är angeläget att vidmakthålla denna ambition. Därför anges som mål att förekomsten av hälsofarliga luftföroreningar skall minska genom förbättrad kollektivtrafik, skärpta krav på vedpannor och vedeldning samt teknikutveckling när det gäller fordonsbränsle, avgasrening och alternativa energikällor.

Förekomsten av hälsofarliga svårnedbrytbara ämnen i miljön skall enligt ett annat mål minska genom avveckling av de kända mest hälsofarliga ämnena, genom kartläggning av ämnenas förekomst i samhället samt genom sanering av förorenade områden. Det är angeläget med ytterligare studier för att undersöka effekter av olika svårnedbrytbara ämnen, exempelvis då det gäller påverkan på immunologiska mekanismer, hormonsystem, fortplantning, fosterutveckling och cancerutveckling. För att målet om en minskning av hälsofarliga svårnedbrytbara ämnen skall kunna nås, behövs ett omfattande internationellt samarbete.

Mot bakgrund av de negativa effekter som störande buller har skall enligt vår mening exponeringen för buller minska genom tystare fordon och tystare vägbeläggningar samt hårdare krav för bullerisolering av byggnader.

Rekreation (kap. 7)

I kapitel 7 behandlas grönområdenas betydelse för rekreation och vilken betydelse en stimulerande utemiljö har för den enskildes stimulans och återhämtning. Vi avser att återkomma i slutbetänkandet om kultur och folkbildning.

I avsnitt 7.2 konstateras att människor som bor på landsbygden, i villor och radhus i mindre tätorter eller i större tätorters ytterområden i de flesta fall har god tillgång till återhämtande grönområden som de kan ströva fritt i. Inne i de centrala delarna av tätorterna är utbudet av park- och rekreationsområden däremot ofta otillräckligt. Stadsdelar byggda på 1940- och 50-talen har ofta tillgång till stora och ljusa parker och det gäller även de områden som byggdes på 1960- och 70-talen. De stadsdelar som kom till under 1980- och 90-talen har däremot genomgående färre grönytor eftersom nybyggnationen ofta gällt förtätning på tidigare sparad mark.

Undersökningar visar att barn upp till tolv års ålder är den åldersgrupp som mest nyttjar närområdets grönområden. Den grupp som använder grönområdena minst är personer över 75 år. Det är samtidigt de äldsta som uttrycker att de skulle vilja vara ute i naturen betydligt mer än de faktiskt är. En förklaring kan vara svårigheter att ta sig ut på grund av funktionsnedsättning eller på grund av bostadens utformning. Andra skäl kan vara att den yttre miljön upplevs som otrygg eller att den saknar platser att vila på.

Studier har visat att de som är nöjda med grönområdena i sin boendemiljö också är de som är ute mest i skog och mark. Detta nyttjande-

mönster går också igen om man studerar förskolor, skolor och vårdinstitutioner. Den yttre miljöns utformning är alltså av avgörande betydelse för utevistelsens omfattning.

Det finns ett påtagligt samband mellan utevistelse och hälsotillstånd hos förskolebarn. De hälsotillstånd som avses gäller i första hand infektioner, koncentrationsförmåga, stressåkommor och grovmotorisk förmåga. Studier visar också att äldre som har möjlighet att vistas ute i en stimulerande naturmiljö förbättrar sin muskelmassa och rörlighet och dessutom sin koncentrationsförmåga. Även puls och blodtryck påverkas gynnsamt.

Med anledning av grönområdets hälsofrämjande effekter anger vi som första mål att alla bör ha tillgång till bullerfria och trafiksäkra grönmiljöer nära bostaden. Äldres och funktionshindrades behov måste då särskilt beaktas. Det är vidare viktigt att förskole- och skolgårdar är planerade och utformade så att de tillgodoser behoven av lek och rörelse.

I förarbetena till plan- och bygglagen betonas vikten av att kommuner utarbetar grönanplaner och grönsstrukturprogram. Vi anser också att detta är viktigt och anger som ett andra mål att kommunerna särskilt bör redovisa grönsstrukturen i sina översiktsplaner. I planerna bör dessutom redovisas hur förskole- respektive skolgårdarna är utformade respektive områdena runt särskilda boendeformer.

Mat och fysisk aktivitet (kap. 8)

I kapitlet om mat och fysisk aktivitet beskrivs hur folkhälsoarbetet kring maten (avsnitt 8.12) skall utformas för att alla skall ges möjlighet att äta på ett sätt som ger dem största möjliga välbefinnande i dag och hälsa i morgon samt betydelsen av fysisk aktivitet (avsnitt 8.3) för god hälsa och livskvalitet. Olika undersökningar visar att riktigt sammansatt kost och regelbunden fysisk aktivitet har stor betydelse för folkhälsan – både genom att främja och bevara god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. Det gäller de stora folksjukdomarna som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, benskörhet och följsjukdomar till fetma, t.ex. diabetes. Motion kan dessutom förbättra depressionstillstånd och andra psykiska besvär. Många undersökningar visar att skillnaderna är stora mellan olika grupper när det gäller såväl matvanor som fysisk aktivitet. Lågutbildade äter sämre och motionerar mindre.

Tillgång till säker och hälsosam mat är en mänsklig rättighet, vilket understryks i WHO:s dokument Hälsa 21. I dokumentet framhålls att det från folkhälsosynpunkt är särskilt angeläget att bevaka tillgång, kostnader och kvalitet på maten för sårbara grupper som spädbarn och

barn, gravida och ammande kvinnor, hushåll med svag ekonomi och äldre människor. Ett folkhälsoarbete inriktat mot mat i vid bemärkelse bör därför omfatta både aspekterna säkra livsmedel och hälsosamma matvanor. Inom området säkra livsmedel finns det i dag en väl utbyggd organisation på såväl nationell, regional som kommunal nivå för tillsyn och kontroll av de livsmedel som saluförs i Sverige. I betänkandet beskrivs hur lagstiftning och kontroll utformats för att ge konsumenterna säkra livsmedel. Sverige har inte som flera andra europeiska länder drabbats av "livsmedelsskandaler", men den ökade handeln över gränserna, stordriften och harmoniseringen av lagstiftningen inom EU gör att uppmärksamheten med nödvändighet måste skärpas när det gäller svenska konsumenters intressen.

Arbetet med att främja hälsosamma matvanor är mera splittrat. Aktörerna är många men det är mycket få som ser det hälsofrämjande arbetet som sin huvudsakliga arbetsuppgift. Strategien har under de senaste 15 åren långsamt utvecklats från huvudsakligen hälsoupplýsning till ett mer mångfacetterat, långsiktigt folkhälsoarbete via de redan befintliga strukturerna i samhället. Arbetet är i dag inriktat både mot att förbättra utbudet – maten som finns tillgänglig i t.ex. butiken, restaurangen, personalmatsalen eller skolmatsalen – och mot att stärka konsumenternas beredskap och färdighet att göra hälsosamma val. De flesta konsumenter är väl medvetna om vikten av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen för att motverka sjukdomar och ohälsa senare i livet. Problemet är att många har svårt att tillämpa sina kunskaper i praktiken. Hindren finns när det gäller tid, pengar, smakpreferenser m.m. och svårigheten att ändra ett invant beteende.

Även när det gäller betydelsen av fysisk aktivitet (avsnitt 8.3) för god hälsa och livskvalitet ökar kunskaperna, men omsättningen av dessa insikter i praktiken varierar beroende på kön, ålder, levnadsvillkor och social situation. Övervikt och fetma är ett snabbt ökande hälsoproblem i Sverige och övriga västvärlden. Nationella och internationella studier visar på ett mycket tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Det har visat sig att fysisk inaktivitet har samma styrka som andra kända riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom som t.ex. höga halter av blodfetter, rökning och högt blodtryck. Fysisk inaktivitet ökar även risken för icke insulinberoende diabetes, benskörhet och vissa cancerformer.

När det gäller den fysiska aktivitetens betydelse för den psykiska hälsan och välbefinnandet är det svårt att urskilja effekten av den fysiska aktiviteten bland andra påverkansfaktorer av t.ex. social karaktär. Det är dock tveklöst så att de allra flesta som ägnar sig åt motion uppger att de

gör det för att få rekreation och bli ”avstressade”. Att idrott, motion och friluftsliv tillhör de populäraste fritidsaktiviteterna talar för att fysisk aktivitet har stor betydelse för många människors välbefinnande och livskvalitet.

De från folkhälsosynpunkt viktigaste målen när det gäller området mat och fysisk aktivitet är att till innehåll, form och metod förbättra den offentliga, opartiska informationen om hälsosamma matvanor – särskilt gentemot ekonomiskt svaga grupper –, att verka för att de grupper som har ansvaret för andras mat inom skolan och äldreomsorgen ges tillräckliga kunskaper, att barnen får positiva erfarenheter och kunskaper om bra mat samt att övervikt förebygges. Eftersom fysisk inaktivitet och övervikt samvarierar är ett angeläget mål att alla samhällsmedborgare – oavsett ålder, kön, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller funktionshinder – ges likvärdiga möjligheter att ägna sig åt någon form av fysisk träning i sin närmiljö. I skolan eller i anslutning till arbetet bör skapas möjligheter att erhålla någon form av motion. Eftersom betydelsen och effekten av regelbunden fysisk aktivitet hos äldre är mycket stor bör särskilda insatser riktas mot äldre. Det är också angeläget att de som har olika former av funktionshinder, eller är i behov av rehabilitering, får ökade möjligheter att ägna sig åt fysisk träning.

Droger (kap. 9)

I kapitel 9 behandlas tobak, alkohol, narkotika och läkemedelsberoende. Samtliga är riskfaktorer som påverkar befolkningens hälsa och utvecklingen av ett flertal folksjukdomar. Genomgående för de flesta av dessa riskfaktorer är att konsumtionen är högre i underprivilegierade grupper. De negativa följderna av bruk eller missbruk är dessutom större inom de resurssvaga grupperna även om per capita konsumtionen är densamma i olika samhällsskikt, t.ex. vad avser alkohol. En tänkbar förklaring är att skydds nätet är svagare för underprivilegierade grupper. Viktiga medel för att åstadkomma en minskad konsumtion är för samtliga riskfaktorer skärpt lagstiftning eller tillämpning av aktuell lagstiftning, informationsinsatser och samverkan mellan olika myndigheter och aktörer såväl nationellt som internationellt.

I avsnitt 9.2 behandlas tobak. Sammantaget konstateras att tobakskonsumtionen har gått ner från 1980-talet och framåt bland såväl män som kvinnor. Minskningen har varit mer påtaglig bland män vilket lett till att rökning i dag är mer utbredd bland kvinnor än bland män. Detta är mycket ovanligt internationellt sett. Den nedgång i rökandet som skedde bland ungdomar fram till 1980-talets mitt bromsades upp i bör-

jan av 1990-talet. Om det skett någon minskning av rökningen därefter är svårt att avgöra. Klart är dock att rökningen i årskurs 9 är markant mer utbredd bland flickor än bland pojkar.

Rökvanorna varierar mellan socioekonomiska grupper. I dag är det de välutbildade och de med god inkomst som är rökfria medan de som saknar arbete eller är lågutbildade röker. Rökvanorna är också olika i olika föräldrakonstellationer enligt en aktuell undersökning. Hela 51 procent av ensamstående småbarnsmödrar röker medan motsvarande siffra för sammanboende småbarnsföräldrar är 23 procent.

Det finns även regionala skillnader vad gäller rökvanorna. Genomgående är rökningen mest utbredd i storstäderna.

Rökning orsakar många olika sjukdomar varav de största är lungcancer, hjärt- och kärlsjukdomar samt sjukdomar i munhåla och svalg hos såväl män som kvinnor. Sammanlagt bedöms rökningen för närvarande kräva 8 000 liv per år i Sverige. Nyare studier talar för att moderns rökning under graviditeten påverkar utvecklingen av allergi och senare kärlsjukdom hos barnet. Rökande kvinnor löper också större risk att drabbas av benskörlhet.

Den rökningens betingade dödligheten har nu börjat minska bland män. En ökning av skadorna kan däremot förväntas bland kvinnor och i de socioekonomiska och etniska grupper där rökningen i dag fortsätter att vara mycket utbredd.

Målet för arbetet mot tobaken är att så långt möjligt eliminera den tobaksorsakade sjukligheten och dödligheten. Det är emellertid inte realistiskt att tro att detta kan åstadkommas genom att hälso- och sjukvården blir bättre på att behandla och bota de tobaksorsakade sjukdomarna. Snarare bör man sträva efter att tobaksbruket upphör, bl.a. genom olika förebyggande insatser. Förväntningarna knyts således inte enbart till att snabbt uppnå beteendeförändringar bland dem som redan använder tobak. Det är genom kraftfulla insatser också mot tobaksdebut bland barn och ungdomar som tobaksbruket som samhällsföreteelse kan minska på några decenniers sikt.

Kommittén anger att konsumtionen av tobak måste minska. För att uppnå detta mål krävs insatser från många aktörer inom såväl den offentliga som den privata och frivilliga sektorn. De resurser som finns för sådant arbete är otillräckliga.

Rökning under graviditet och rökning i små barns miljö innebär allvarliga skaderisker för barnet. Det finns med andra ord starka skäl att motverka att små barn utsätts för rökning såväl i moderlivet som i hemmet. Kommittén menar därför att det är viktigt att alla får en rökfri livsstart. Vidare måste information och undervisning om tobakens

hälsorisker utvecklas så att den bättre når nya generationer av barn och ungdomar.

Ett andra mål är att ingen utan eget val skall utsättas för tobaksrök i sin omgivning. Det är viktigt att barns och ungdomars miljöer hålls rökfria. I vissa miljöer, t.ex. hemmen, kan detta endast uppnås med ökad information och opinionsbildning. I andra fall kan en ny eller skärpt lagstiftning övervägas. Ett exempel är restauranger och kaféer som i dag är miljöer där många ungdomar vistas. De regler som gäller i bl.a. flera delstater i USA – dvs. total rökfrihet – skulle kunna tillämpas även i Sverige. Vi redovisar två alternativa åtgärdsförslag. Det ena är att restauranger och andra serveringslokaler skall vara helt rökfria. Det andra alternativet är att i ett första steg göra nämnda lokaler rökfria i princip, samtidigt som rökning ändå bör kunna tillåtas i en särskild del av lokalen som är så beskaffad att röken inte kan spridas till de andra delarna.

För att öka efterlevnaden av åldersgränsen för köp av tobak i detaljhandeln föreslås i ett mål att ett licensieringssystem införs. Ingen butik skall kunna saluföra tobak utan säljtillstånd och den som begår upprepade överträdelser mot försäljningsreglerna bör kunna få sitt tillstånd indraget. Ett system med säljtillstånd ökar kommunernas möjligheter att bedriva effektiv tillsyn.

Kommittén föreslår i ytterligare ett mål att tillgängligheten till rökslutarstöd i olika former utökas. Det kan t.ex. handla om en enkel rådgivning. Här finns mycket att lära av hälso- och sjukvården där satsningar på rökslutarstöd har visat sig vara kostnadseffektiva.

I avsnitt 9.3 behandlas alkohol. Inledningsvis konstateras att den registrerade alkoholförsäljningen per capita har varit relativt konstant under en följd av år. Vissa data tyder dock på en uppgång av konsumtionen under de allra senaste åren och männens konsumtion har då ökat mer än kvinnornas. Också bland ungdomar kan en viss konsumtionsökning iakttas under 1990-talet. De socioekonomiska skillnaderna i alkoholkonsumtion har genomgått en utjämningsprocess under de senaste 30–40 åren vilket lett till att den genomsnittliga konsumtionen i dag är ungefär densamma i olika sociala klasser. Andelen manliga högkonsumenter är dock större bland personer i s.k. arbetaryrken.

Alkoholmissbruket utgör ett av de större folkhälsoproblemen i Sverige och varje år avlider 5 000 till 6 000 människor i alkoholrelaterade sjukdomar. Alkoholen utgör dessutom den direkta eller indirekta orsaken till många sjukdomar och olyckshändelser, bl.a. i trafiken och en betydande del av landets sjukvårdsresurser tas i anspråk av patienter med alkoholproblem. Cirka 10 procent av patienterna inom den slutna sjukhusvården bedöms lida av alkoholrelaterade sjukdomar. En alarme-

rande siffra är också att mer än 100 000 barn uppskattas växa upp i hem där minst en av föräldrarna har alkoholproblem. Mycket talar för att den andel som drabbas av de negativa följderna av alkoholmissbruk är större inom de resurssvaga grupperna än inom de resursstarka även om per capita konsumtionen är densamma. En tänkbar förklaring till detta är att det sociala skyddsnetet är starkare i de "högre klasserna".

Under en större del av 1900-talet har Sverige fört en framgångsrik alkoholpolitik som främst grundar sig på statlig kontroll av alkoholhanteringen och på en hög beskattning av alkoholdrycker. Såväl utbud som efterfrågan har påverkats på ett framgångsrikt sätt med syftet att reducera totalkonsumtionen och alkoholskadorna.

Den pågående internationaliseringen av samhällslivet och följderna av vårt medlemskap i EU har emellertid skapat delvis nya förutsättningar för landets alkoholpolitik, vilket kan tänkas vara en orsak till att konsumtionen av alkoholdrycker tycks öka. Uppgifter om konsumtionsvanorna i ungdomsgrupperna pekar i den riktningen. "Svartspriten" hotar också på sikt grunderna för svensk alkoholpolitik, eftersom den håller ett lägre pris än alkoholdrycker som köps på laglig väg, samtidigt som den finns tillgänglig för tonåringar på ett annat sätt än övriga alkoholdrycker.

De av regering och riksdag antagna målen för svensk alkoholpolitik ligger sedan länge fast och dessa överensstämmer med de synsätt på alkoholfrågorna som Nationella folkhälsokommittén har. Innebörden av dem är bl.a. att totalkonsumtionen av alkohol och även dess skadeverkningar skall minska och att detta skall åstadkommas genom samhällelig kontroll över utbudet i kombination med höga skatter. Kommittén anger som mål att efterfrågan på alkoholdrycker skall dämpas genom information och dessutom riktade åtgärder mot riskgrupper, framför allt ungdomar så att debutåldern för alkoholkonsumtion kan höjas med syftet att uppnå en alkoholfri uppväxt. Skadorna bland dem som är högkonsumenter skall vidare enligt ett annat mål minska. Viktigt är då att få ner berusningsdrickandet. Samtidigt föreslås som mål att öka punktnykterheten i samband med graviditet, i väg- och sjötrafik samt i idrotts- och motionssammanhang. Även reducerad tillgång till "svartsprit" anges som mål.

I avsnitt 9.4 behandlas narkotika. Vi uttalar inledningsvis att narkotikaproblemen i vårt samhälle i första hand är ett kriminal- och socialpolitiskt problem och i mindre grad ett folkhälsoproblem i nivå med rökning eller alkoholmissbruk. Sjukligheten och dödligheten bland de som missbrukar narkotika är emellertid hög.

Internationellt sett är andelen narkotikamissbrukare i Sverige förhållandevis liten även om missbruket har tenderat att öka.

Sedan mitten av 1960-talet har narkotikamissbruket uppfattats som ett allvarligt samhällsproblem. Studier av narkotikaanvändningen som gjorts under 1990-talet visar att knappt 10 procent av den vuxna befolkningen använt narkotika någon gång. Erfarenheten gäller i de flesta fall cannabisrökning. Cirka 1 procent uppger att de provat amfetamin, kokain eller liknande. I regel är det dubbelt så många män som kvinnor som har använt narkotika.

När det gäller skolungdomar, framkom vid en undersökning från år 1998, att 9 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna hade provat narkotika – huvudsakligen cannabis. Studier som gjorts på mönstrande personer tyder på att inställningen till droger förändrats under 1990-talet. Mellan åren 1992 och 1998 hade andelen som provat narkotika ökat från 6 procent till 16 procent.

Under 1960- och 1970-talen förekom narkotikamissbruk nästan uteslutande i de största städerna. I dag är emellertid situationen annorlunda och missbruk förekommer över hela landet även om tyngre droger fortfarande har sina starkaste fästen i storstäderna.

Den sociala bakgrunden och de psykosociala förhållanden som människor lever under spelar stor roll när det gäller risken för att fastna i ett narkotikamissbruk. För dem som blir missbrukare är den sociala situationen mycket utsatt. Av en undersökning från år 1997 kan utläsas att 36 procent av de som missbrukade centralstimulantia var bostadslösa och att socialbidrag var den dominerande inkomstkällan.

Systematiska studier av omfattningen av narkotikamissbruket i befolkningen visar att situationen försämrats under 1990-talet och att fler ungdomar än tidigare prövar narkotika i dag. Det experimentella missbruket ökar således. Det är allvarligt eftersom det senare kan leda till en ökning av det tunga missbruket. Det finns också uppgifter som tyder på att nyrekryteringen till tyngre missbruk blivit mer omfattande samtidigt som färre missbrukare än tidigare förmås upphöra med sitt missbruk.

Nationella folkhälsokommittén ansluter sig till målet om ett narkotikafritt samhälle som regering och riksdag gett uttryck för vid ett flertal tillfällen. Detta skall enligt vår uppfattning åstadkommas genom en minskad tillgång till narkotika i samhället och genom en minskad nyrekrytering av missbrukare. Det är nämligen viktigt att nyrekryteringen av missbrukare hålls på en så låg nivå som möjligt eftersom den utgör basen för det tunga missbruket och på sikt för narkotikamissbruket i befolkningen i sin helhet. Ett annat viktigt mål, som kommittén vill lyfta fram, är att fler missbrukare än tidigare skall förmås upphöra med sitt missbruk med stöd av sekundär- och tertiärpreventiva insatser.

I avsnitt 9.5 behandlas läkemedelsberoende. Där konstateras inledningsvis att det råder vitt skilda uppfattningar om omfattningen av läkemedelsberoendet i befolkningen, bl.a. mot bakgrund av att området är svårt att undersöka och kartlägga. Det föreligger således en omfattande kunskapsbrist om hur pass allvarliga de hälsomässiga konsekvenserna av läkemedelsberoendet är.

Merparten av all psykofarmakaförsäljning utgörs av lugnande medel och sömnmedel. Försäljningen var högst 1972 men hade till 1991 sjunkit med 22 procent. Under 1990-talet har dock försäljningen ökat något igen. När det gäller antidepressiva medel har försäljningsuppgången varit kraftig under 1990-talet.

Bruket av sömnmedel och lugnande medel är inte jämnt fördelat vare sig geografiskt eller mellan olika befolkningsgrupper. 10–13 procent av den vuxna befolkningen uppger att de någon enstaka gång under de senaste 12 månaderna använt sömnmedel eller lugnande medel medan den andel som har en regelbunden användning uppgår till 2–3 procent.

Det är framför allt kvinnorna som brukar lugnande medel och sömnmedel och i genomsnitt har dubbelt så många kvinnor som män använt sådana medel under den senaste 12-månadersperioden. Skillnaderna är störst i åldersgrupperna mellan 45 och 74 år.

Studier i bl.a. Stockholm och Malmö visar att skillnader i sociala och ekonomiska förhållanden kan ha stor betydelse för användningen av lugnande medel och sömnmedel. Konsumtionen är exempelvis betydligt större bland kortutbildande, arbetslösa, förtidspensionerade och bland högkonsumenter av alkohol.

Försäljningen av sömnmedel och lugnande medel uppvisar stora regionala variationer och är högst i Jönköpings- samt Göteborgs- och Bohus län. Lägst är försäljningen i Norrbottens län. En trolig förklaring till skillnaderna är faktorer som sjukvårdens utbyggnad, läkartäthet och traditioner.

Studier av användningen av bensodiazepiner visar att 15 procent av dem som fått läkemedlet förskrivet blir långtidskonsumenter. Därtill redovisar vi att kodeinpreparat kan vara starkt vanebildande och dessutom förorsaka dödliga förgiftningar i kombination med alkohol.

Det är känt att vissa psykofarmaka är starkt vanebildande exempelvis s.k. bensodiazepiner och s.k. narkotiska analgetika. Mot den bakgrunden anger Nationella folkhälsokommittén som mål att det är motiverat att på olika sätt pressa tillbaka konsumtionen av sådana preparat genom att öka informationen till läkarna om riskerna vid förskrivning.

En förutsättning för att rätt kunna värdera de beroendeframkallande läkemedlens effektivitet, säkerhet och risker är enligt mångas mening ett

personnummerbaserat läkemedelsregister. Kommittén framför därför som mål att behovet av ett sådant utreds närmare.

Vissa sjukdomar och skador (kap. 10)

I tidigare kapitel har vi redovisat ett antal risk- och friskfaktorer som är viktiga när det gäller påverkan på befolkningens hälsa, inklusive många av de stora folksjukdomarna. Bland dessa folksjukdomar finns hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och rörelseorganens sjukdomar. De berörs i flera kapitel, bl.a. i kapitel 4 om arbetsliv och ekonomisk trygghet, kapitel 5 om socialt kapital och sociala relationer samt i kapitel 8 om mat och fysisk aktivitet.

I det här kapitlet ingår avsnitt om psykisk hälsa, skador, hudcancer, allergier, sexuellt överförbara sjukdomar (STD) och oönskade graviditeter. Att dessa har valts ut särskilt beror på att de inte berörs i tillräcklig utsträckning inom ramen för de tidigare redovisade risk- och friskfaktorerna.

Av avsnitt 10.2 om psykisk hälsa framgår att psykisk ohälsa är vanlig i befolkningen. Vissa besvär som nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro och ångestkänslor rapporteras av 20–50 procent av den vuxna befolkningen. Kvinnor har i genomsnitt en sämre självskattad psykisk hälsa än män. Psykiska besvär ökar med åldern, särskilt hos kvinnor. Människor i lägre socioekonomiska grupper har fler och allvarigare psykiska besvär jämfört med övriga grupper. Människor som bor i tätorter och i nya förortsområden i storstäder med svaga sociala nätverk har oftare psykiska besvär än övriga i befolkningen.

Besöken inom barn- och ungdomspsykiatri har ökat med 45 procent under perioden 1993–96. Barn från lägre socioekonomiska grupper i storstäder och invandrabarn har fler beteendevikelser och problem än övriga.

Kostnaderna för psykiska sjukdomar uppgick till 45 miljarder kronor år 1990. Stöd och vård av barn och ungdomar med psykiska problem beräknades år 1996 till ytterligare 11 miljarder kronor. Därutöver tillkommer kostnader för annan psykisk ohälsa. Förebyggande insatser som främjar den psykiska hälsan inrymmer såväl en ekonomisk besparingspotential som att mänskligt lidande kan minska.

Sammantaget betonas vikten av dels en känslomässigt stabil relation under uppväxten, dels en stödjande miljö med ett tryggt socialt nätverk för att bibehålla eller uppnå en god hälsa. Kommittén anser att det är viktigt att utveckla ett sådant perspektiv för att förebygga psykisk ohälsa.

Kommittén anger som mål att den psykiska hälsan skall förbättras hos såväl barn och ungdomar som vuxna. Samhällets uppgift blir främst att skapa stödande strukturer och miljöer för att bevara och förbättra den psykiska hälsan bland barn och vuxna samt att förebygga, uppskjuta och minska konsekvenserna av sjukdom.

Kommittén bedömer att det är särskilt viktigt att öka den psykosociala kompetensen hos personal som arbetar med mödrar, barn och ungdom så att psykosocial problematik kan upptäckas tidigt. En otrygg anknytning till föräldrar och bristande socioekonomiska resurser i familjen är några orsaker till ohälsa hos barn och ungdom. Ett utvecklat psykosocialt stöd till familjen i mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola och skola behövs. Detta syftar till att stödja alla familjer och barn samt särskilt dem som har sämre förutsättningar än andra. Det finns även ett behov av att utveckla en ökad psykologisk och psykosocial kompetens i primärvården för såväl barn som vuxna.

Av redovisningen framgår att bristande socialt stöd, dålig arbetsmiljö, arbetslöshet och ekonomisk stress leder till ohälsa för vuxna. Arbetslösheten utgör ett av de stora folkhälsoproblemen och åtgärder för att stimulera sysselsättningen är av primär betydelse. Det är även nödvändigt att arbetslivet utvecklas så att den psykosociala miljön främjas.

Ur ett folkhälsoperspektiv är det väsentligt att arbeta mot våld. Sedan i början av 1950-talet har antalet anmälda brott mot liv och hälsa sexdubblats. Årligen avlider drygt 130 personer till följd av våldsbrott. Anmälningar mot sexuella övergrepp mot barn har ökat sedan mitten av 1980-talet. Uppskattningsvis begår 100–300 personer självmord på grund av förhållanden på arbetsplatsen. En "nolltolerans" mot alla former av såväl psykiskt som fysiskt våld behöver skapas i samhället. Det våldsförebyggande arbetet kräver ett tvärvetenskapligt och tvärsektorielt angreppssätt. Det lokala förebyggande arbetet är väsentligt och det krävs ökade informationsinsatser om det tilltagande våldet i samhället.

Självmord behandlas dels i avsnitt 10.2, dels i avsnitt 10.3. Självmord är ett betydande folkhälsoproblem som är relativt sett vanligare bland lägre socioekonomiska grupper än bland högre. Varje år avlider drygt 1 200 personer till följd av självmord, vilket är 2,5 gånger fler än i trafikolyckor. Självmordstalet har minskat i alla åldersgrupper med undantag för åldersgruppen 10–18 år mellan perioderna 1980–89 och 1990–96. Självmord är den främsta dödsorsaken för män i åldrarna 15–45 år och dödsorsak nummer två för kvinnor i samma ålder.

Kommittén anser därför att det är särskilt angeläget att självmord och självmordsförsök minskar särskilt bland barn och ungdom. Av dessa skäl anger vi som mål att självmordsfrekvensen skall minska med minst 25 procent till år 2010. Identifiering av riskfaktorer och risksituationer

och stödande insatser är av central betydelse. Det är viktigt att det självmordspreventiva arbetet intensifieras och att många olika organ i samhället engageras.

Avsnitt 10.3 behandlar skador. Där framgår att drygt en miljon människor i Sverige vårdas i sluten vård varje år eller uppsöker läkare till följd av skador. De samhällsekonomiska kostnaderna för personskador uppgick år 1990 till 63 miljarder kronor. I Sverige finns det en lång tradition av att bedriva ett förebyggande arbete och det finns kostnadseffektiva metoder för att förebygga skador, varför skadefrekvensen bör kunna minskas ytterligare.

En förutsättning för det skadeförebyggande arbetet är bl.a. att vi får bättre kunskap om skadornas orsaker, omfattning och utveckling över tiden. Den officiella skaderegistreringen har i dag avsevärda brister och därför kan preventiva åtgärder inte vidtas i önskvärd utsträckning. För att råda bot på dessa brister föreslår kommittén att ett nationellt heltäckande skaderegister skall byggas upp.

I avsnitt 10.4 behandlas hudcancer som numera är en av de tio vanligaste cancerformerna med en årlig ökning på ca 5 procent. Inom detta område anser kommittén att det viktigaste målet är att antalet nya fall av alla hudcancerformer skall minska och framförallt dödligheten i hudmelanom. I synnerhet skall barns och ungdomars utsatthet för UV-strålning minska. Det finns ett vetenskapligt fastställt samband mellan solvanor och hudcancerrisk. Uppkomsten av hudcancer kan till stor del förebyggas genom att individen förändrar sina solvanor. En nationell samordning av UV-preventiva åtgärder bör göras på myndighetsnivå och en utökad informationsinsats bör genomföras till föräldrar, barn_och skolhälsovård.

I avsnitt 10.5 konstateras att allergier är ett stort och växande problem i Sverige. Närmare 40 procent av den vuxna befolkningen besväras av allergier. För tonåringar och unga vuxna är motsvarande siffra 50 procent. Den kraftigaste ökningen av allergier har skett hos personer som är födda efter år 1960. Ärftlig benägenhet är den tyngst vägande riskfaktorn för allergier, men det krävs ofta ett samspel mellan arv och miljö för att allergier skall utvecklas.

Ur ett hälsoperspektiv är den kraftiga utvecklingen av allergier oroande. Förekomsten av allergier tvingar alltfler människor till åtgärder som innebär olika typer av begränsningar i livsrummet samtidigt som samhällets kostnader för allergier ökar.

Kommittén anser att det viktigaste målet är att förekomsten av allergiframkallande ämnen i miljön skall minska. Allergier kan delvis förebyggas genom att minska de riskfaktorer, t.ex. tobaksrök, dålig inomhusmiljö och luftföroreningar, som ger upphov till allergier. Fort-

farande är vi i hög grad oklara över grundorsakerna till allergier, varför vi behöver mer kunskap via forskning om detta.

Avsnitt 10.6 behandlar sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter (STD). Hälsofrämjande och förebyggande arbete för att minska förekomsten av STD och oönskade graviditeter har som mål att människor skall utveckla ett hälsosamt sexuellt beteende. Omvänt bör människor förändra ett sexuellt beteende som innebär risk för att smittas av STD eller risk för oönskad graviditet. Sexualiteten är en viktig friskfaktor i människors liv och det är viktigt att främja ett sexuellt beteende som positivt bidrar till livskvalitet och hälsa. Kommittén anser att det viktigaste målet är att ungdomar skall ges likvärdiga förutsättningar för att utveckla en hälsosam sexualitet. Det förebyggande arbetet behöver integreras i ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete. Skillnader i hälsa kan iakttas mellan olika socialgrupper. De som tar risker i sexlivet utsätter sig ofta för hälsorisker även på andra områden, t.ex. genom att de i högre grad än övriga är rökare eller konsumerar mer alkohol.

Sammantaget belyser avsnitten i detta kapitel dels behovet av att samhället formulerar mål och vidtar åtgärder för att förebygga ohälsa, dels betydelsen av att människor får kunskap om sådana faktorer och förhållanden som skapar ohälsa.

Målgrupper (kap. 11)

Olika förhållanden och bestämningsfaktorer för hälsa ”bärs” av människor i olika åldrar och befolkningsgrupper. I kapitlet beskrivs tre olika målgrupper – barn och ungdom (avsnitt 11.2), äldre avsnitt 11.3) och invandrare (avsnitt 11.4) – och hur olika faktorer påverkar dessa. Inför slutbetänkandet avser vi att även mer ingående beröra funktionshindrade personers situation i ett folkhälsoperspektiv.

Svenska barn har allmänt sett en god fysisk hälsa. Sjuklighet, olycksfall och dödlighet har minskat i alla åldrar. Särskilt påtaglig är den minskade spädbarnsdödligheten. Däremot finns oroande tendenser när det gäller utvecklingen av barns och ungdomars psykiska hälsa. Symptom som magvärk, huvudvärk m.m. har ökat i omfattning.

Det övergripande målet för hälsopolitiken är att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. När det gäller barn och ungdom är de viktigaste påverkbara skillnaderna de som betingas av barnens och ungdomarnas sociala villkor. För att minska socialt betingade skillnader räcker det inte med insatser för de allra sämst ställda barnen och ungdomarna. Den viktigaste åtgärden är istället en hälsofrämjande välfärds-

och hälsopolitik för barn och ungdom i stort. Vi redovisar som första mål att barnfamiljerna skall ha en trygg situation i ekonomiskt och socialt avseende. Barnfamiljernas och ungdomarnas ekonomiska standard har försämrats mer än andra grupper under 1990-talet. Transfereringar till barnfamiljer bör mot den bakgrunden ske med hänsyn till denna försämrade situation.

Vi anger som andra mål att den psykiska hälsan hos barn och ungdomar skall förbättras. Förbättringar av barnfamiljernas ekonomiska och sociala villkor påverkar också barnens och ungdomarnas psykiska hälsa positivt. Därutöver behövs andra insatser. Stödande miljöer för barn och ungdomar bör t.ex. främjas allmänt och särskilt i områden som är utsatta genom segregation. I dessa områden behövs – förutom en allmän inriktning på att minska segregationen – kompenserande åtgärder i form av särskilt goda resurser inom förskolan och skolan. Vidare behövs en god kvalitet inom mödra-, barn- och skolhälsovård samt ungdomsmottagningar.

Medellivslängden ökar sedan länge stadigt i den svenska befolkningen och visar inga tecken på stagnation. Äldres hälsa har också förbättrats. En växande andel äldre anger att hälsotillståndet är gott, medan en minskande andel uppger att hälsotillståndet är dåligt. I avsnittet bedöms att äldres hälsa kan förbättras ytterligare.

Äldre personers hälsa påverkas positivt av goda möjligheter till oberoende och egenkontroll, social gemenskap och en meningsfull sysselsättning, fysisk aktivitet och bra mat, ett bra boende och tillgång till de tjänster de behöver. De mål som redovisas i kapitlet omfattar också dessa frågor. Det är viktigt att äldres sysselsättningsmöjligheter tas till vara och att personer i åldersgruppen före pensionsåldern inte slås ut. Förutsättningarna för äldre att vara socialt aktiva bör vidare beaktas genom stöd till hälsofrämjande aktiviteter från organisationslivet, förebyggande servicetjänster och uppsökande verksamhet med hälsosamtal och information om aktiviteter som främjar hälsan. Fysisk aktivitet kan stimuleras på många sätt, t.ex. genom olika gruppaktiviteter. När det gäller mat fokuserar vi på bra information om mat och att de allra äldsta i vissa fall bör kunna få sin mat tillagad hemma. Vi anser vidare att skador i äldres hemmiljö bör förebyggas och att lagen om bostadsanpassning skall ses över med avseende på detta.

Invandrare är en mycket heterogen grupp. Skillnaderna är stora såväl mellan olika etniska grupper som inom grupperna även när det gäller sjuklighet och dödlighet. Vissa grupper av invandrare har bättre eller likvärdig hälsa jämfört med svenskar, men för de flesta gäller att de har större sjuklighet. Många invandrare och i synnerhet flyktingar lider av psykiska besvär som oro, ångest och sömnsvårigheter. Särskilt utsatta

och sårbara är framför allt barn och ungdomar. Det gäller i synnerhet dem vars föräldrar är asylsökande och flyktingar.

För invandrare som är barn och ungdomar eller äldre gäller samma mål och åtgärder som har redovisats ovan. De viktigaste specifika målen när det gäller invandrare är att de nyanländas livsvillkor och hälsa skall förbättras, att invandrare skall ges ökat tillträde till arbetsmarknaden och att invandrare genom utökade sociala nätverk m.m. får en ökad delaktighet i samhället.

Frågor för diskussion (kap. 12)

Kommitténs huvuduppdrag är att ge förslag till övergripande mål och strategier. Dessa förslag skall vara prioriterade. För att vi så bra som möjligt skall kunna fullfölja vårt uppdrag, är vi tacksamma om remissinstanserna och andra intressenter funderar lite närmare kring några frågeställningar, utöver de som finns i kapitel 2 om etiska utgångspunkter och i kapitel 3 om de övergripande strategierna.

I kapitel 12 tar kommittén mycket kortfattat upp ett antal frågor som berörs i betänkandet, men som vi är extra angelägna att höra remissinstansernas och även andra intresserades åsikter om. Det gäller frågor såsom synen på hälsa, mål med inriktning på bestämningsfaktorer för hälsa och inte bara sjukdom, hur man skall formulera sig kring det egna ansvaret för hälsan, om DALY är ett bra mått på sjukdomsördan, om det är bra med nollvisioner, om det skall vara helt tobaksfritt på restauranger, om det skall införas lagstiftning kring användning av cykelhjälm etc.

I detta kapitel ställs också några frågor kring förändringar i tiden som kan antas påverka folkhälsan, men som vi inte har berört närmare i betänkandet. Det gäller hur människor skall handskas med informationsöverskottet, att vi sover för lite, bl.a. genom att det finns informations- och nöjesutbud hela nätterna, och hur vi skall förhålla oss till förändrade familjemönster.

Vårt fortsatta arbete (kap. 13)

Kommitténs huvuduppgift är att utarbeta förslag till nationella folkhälsomål och att föreslå strategier för hur målen skall kunna uppnås. Utöver detta uppdrag har kommittén i uppgift att arbeta utåtriktat och processinriktat i bred samverkan med aktörer inom stat, landsting, kommuner, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseorganisationer.

För att uppnå en så stark förankring som möjligt arbetar kommittén i tre steg vid utarbetandet av det som så småningom skall utgöra ett samlat nationellt mål- och strategidokumentet för folkhälsopolitiken. Avsikten med denna etappvisa process är att ge reella förutsättningar för kommittén att pröva, diskutera och förankra varje steg hos olika aktörer inom folkhälsoområdet.

Det nu aktuella betänkandet med preliminära folkhälsomål och strategier är slutfasen av steg 2. Det tredje och sista steget i kommitténs arbete är att redovisa de samlade förslagen och bedömningarna med avseende på ämnesområdet. Vi räknar med att detta skall ske i kommitténs slutbetänkande som avses överlämnas till regeringen tidigt under hösten år 2000. Det blir därefter en fråga för regeringen att bedöma hur det fortsatta arbetet skall bedrivas.

Förslagen i slutbetänkandet skall utöver det nu aktuella betänkandet och remissbehandlingen av betänkandet baseras på fördjupningar av ämnesområdet med fokus på olika aktörers roller och ansvar samt ekonomiska bedömningar av förslagen, inkl. både effekter och kostnader samt finansiering. I fördjupningarna om aktörer ingår att belysa myndigheternas, landstingens och kommunernas roller och ansvar samt att bedöma på vilket sätt organisationer, media, näringslivet m.fl. kan medverka i folkhälsoarbetet. Vidare ingår när det gäller de offentliga aktörerna att belysa utbildningsfrågorna och forskningens roll. På organisationsidan är det särskilt folkbildningens och folkrörelsernas arbete som skall beaktas. Till denna sista etapp hör också att ta fram ett underlag om och särskilt beakta kroniskt sjuka och funktionshindrade personers situation i ett folkhälsoperspektiv. Vidare skall uppdrag till kommittén från regeringen om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet resp. handlingsplan mot tobak behandlas.

DEL 1 – UPPDRAG

1 Uppdrag, underlag och syfte

1.1 Uppdrag

Nationella folkhälsokommittén är en parlamentariskt sammansatt utredning. I kommittén ingår ledamöter från samtliga riksdagspartier. Vidare medverkar sakkunniga och experter som representerar olika organ och sektorer i samhället. Direktiven till Nationella folkhälsokommittén beslutades av regeringen i december 1995. Kommittén inrättades dock först under våren 1997. Kommitténs arbete beräknas pågå fram till hösten år 2000.

Kommitténs huvuduppgift är enligt direktiven att utarbeta förslag till nationella folkhälsomål och att föreslå strategier för hur målen skall kunna uppnås. De nationella målen och strategierna skall vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan. Syftet med arbetet är att ange vilka folkhälsoproblem som är mest angelägna att lösa och vilka mål och strategier som är de viktigaste med avseende på detta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utgångspunkten skall vara den tillgängliga kunskapen om hälsoproblem och hälsoutveckling. Kommittén skall i analysarbetet sträva efter en bred ansats. Alla samhällssektorer vilkas verksamheter är av väsentlig betydelse för folkhälsan skall beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål. Varje mål skall grundas på ett vetenskapligt underlag som belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet. Vidare skall så långt möjligt olika ekonomiska, sociala och andra konsekvenser av om målen uppfylls resp. inte uppfylls redovisas. I analysarbetet skall beaktas att folkhälsan

i allt högre grad påverkas av förhållanden utanför Sveriges gränser genom t.ex. luftföroreningar, handel med droger och smittsamma sjukdomar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Kommittén skall föreslå strategier för att nå målen.

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

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

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

1.2 Arbetsformer

Ett processinriktat arbetsätt i tre steg

Kommitténs huvuduppgift är som har framhållits att utarbeta förslag till nationella folkhälsomål och att föreslå strategier för hur målen skall kunna uppnås. Utöver detta uppdrag har kommittén i uppgift att arbeta utåtriktat och processinriktat. Enligt direktiven är själva processen i anslutning till utarbetande av nationella folkhälsomål minst lika viktig som målen i sig. Kommittén skall sträva efter att ha en så bred samverkan som möjligt med skilda aktörer inom stat, landsting, kommuner, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I samverkan ingår att fortlöpande pröva förslag om nationella folkhälsomål i en bred dialog med berörda instanser.

För att uppnå en så stark förankring som möjligt arbetar kommittén i tre steg vid utarbetandet av det som så småningom skall utgöra ett samlat nationellt mål- och strategidokument för folkhälsopolitiken. Avsikten med denna etappvisa process är att ge reella förutsättningar för kommittén att ingående pröva, diskutera och förankra varje steg hos olika aktörer inom folkhälsoområdet innan nästa steg i processen mot nationella hälsomål tas. I korthet och starkt schematiskt sker det på följande sätt:

Steg ett gäller kommitténs arbete fram till mars 1998 då vårt s.k. inriktningsbetänkande blev klart. Syftet med inriktningsbetänkandet var att ange en allmän inriktning eller ram för det fortsatta arbetet och att redovisa några utgångspunkter och principer som vi bedömer skall vara vägledande i formulerandet av nationella hälsomål och strategier. Kommittén har sänt ut betänkandet på en bred remiss i egen regi. Synpunkter från remissinstanserna redovisas dels i detta kapitel under avsnitt 1.3, dels i bilaga 6 till betänkandet.

Steg två i processen avser tiden fram till det nu aktuella betänkandet. I betänkandet redovisas en nationell strategi för folkhälsan med bas i etiska utgångspunkter och kriterier för prioriteringar samt en vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa. Vidare ingår ett stort antal sakkapitel där mål och delmål redovisas för sådant som är viktigt inom resp. område. Dessa sakkapitel skall också ses som "tekniska" underlag till redovisningen av den nationella strategin. Sakkapitlen har i sin tur sin utgångspunkt i 13 stycken rapporter som har tagits fram av olika arbetsgrupper med experter som har arbetat på kommitténs uppdrag. I dessa rapporter behandlas viktiga risk- och friskfaktorer för hälsa såsom ekonomisk trygghet, arbetslivsfaktorer, sociala relationer, fysisk miljö och olika faktorer som är förknippade med levnadsvanor. Vidare har psykisk hälsa, hudcancer,

skador, allergier och STD behandlats. Även underlag om målgrupper som barn- och ungdom, äldre och invandrare har tagits fram. Utöver dessa expertrapporter har den nationella strategin och sakkapiteln hämtat underlag från källor såsom internationella hälsopolitiska måldokument, nya analyser av sjukdomsbördan i Sverige och remissynpunkterna på vårt första betänkande. En redovisning av rapporterna och det övriga underlagsmaterialet sker i avsnitt 1.3.

Det tredje och sista steget i kommitténs arbete är att redovisa de samlade förslagen och bedömningarna om nationella folkhälsomål och strategier. Vi räknar med att detta skall ske i kommitténs slutbetänkande som avses avlämnas tidigt under hösten år 2000. Det blir därefter en fråga för regeringen att bedöma hur det fortsatta arbetet skall bedrivas.

Inriktningen under steg tre

Planeringen av steg tre är att det nu aktuella betänkandet skall sändas ut på remiss till slutet av februari år 2000 och att de preliminära målen och strategierna som föreslås i betänkandet skall bearbetas och revideras under våren under hänsynstagande till vad remissinstanserna anför och med beaktande av ytterligare underlagsmaterial som vi avser att ta fram.

Kommittén påbörjade under år 1998 arbete med en kartläggning och analys av folkhälsoarbetet i den offentliga sektorn. Denna kartläggning som omfattar mer än 30 myndigheter och andra aktörer på den nationella nivån avses avslutas under våren år 2000. Kartläggningen förutses bli ett av flera viktiga underlag när det gäller arbetet med att formulera slutliga förslag till mål och strategier och att närmare definiera roller och ansvar inom hälsopolitiken och folkhälsoarbetet. Andra underlag som planeras att tas fram och som avses få samma funktion gäller landstingens och kommunernas folkhälsoarbete och samverkan mellan dessa aktörer. Även organisationernas, folkrörelsernas, folkbildningens, näringslivets och massmedias funktioner och roller i ett folkhälsosammanhang avses att belysas. Därtill tänker kommittén också behandla frågor om utbildning mer allmänt och om forskning med inriktning på folkhälsofrågorna.

Regeringen har överlämnat utredningen En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet (SOU 1997:119) och remissynpunkterna på förslaget till kommittén för beaktande i utredningsarbetet. En särskild arbetsgrupp har etablerats för att belysa hälso- och sjukvårdens roll i ett folkhälsosammanhang. Gruppen avses lämna en rapport med förslag under våren år 2000.

Regeringen har vidare till Nationella folkhälsokommittén överlämnat den av Folkhälsoinstitutet utarbetade Handlingsplanen mot tobak, exkl.

de delar som behandlar EG-direktivet om förbud mot indirekt tobaksreklam, samt remissvaren och sammanställningen över handlingsplanen. Kommittén avser att beakta materialet i samband med kommande förslag i slutbetänkandet.

Kommittén har tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att dels belysa kroniskt sjuka och funktionshindrade personers situation och behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, dels kritiskt granska kommitténs olika förslag från handikappsynpunkt. Även denna grupp avses lämna en rapport under våren.

Till kommittén finns under alla tre utredningsstegen av arbetet knuten en rådgivande expertgrupp för ekonomisk analys av folkhälsoinsatser. Expertgruppens uppdrag är att vägleda kommittén i arbetet med att genomföra samhällsekonomiska och finansiella analyser av folkhälsoinsatser. Hur konkreta förslag från kommitténs sida skall hanteras visavi ekonomiska krav framgår av kommitténs direktiv. I dessa anges att kommittén skall föra en diskussion med utgångspunkt från samhällsekonomiska perspektiv samt att Dir. 1994:23 om att pröva offentliga åtaganden gäller. Under våren år 2000 avses expertgruppen få en särskild roll i arbetet med att värdera effekter resp. kostnader av olika förslag till mål och strategier så att resursutnyttjandet i olika insatser kan bli så effektivt som möjligt.

Det processinriktade arbetet

Kommitténs processinriktade arbete har flera olika former. En av dessa är att utarbeta debattskrifter i ämnen som är viktiga från folkhälsosynpunkt. En annan är att ordna seminarier och konferenser och att medverka i konferenser som ordnas av andra. En tredje är att träffa politiker, tjänstemän och andra aktörer i överläggningar om folkhälsofrågorna. Kommitténs ordförande har en särskild roll när det gäller de två senare funktionerna.

Kommittén har beslutat att fortlöpande utarbeta och publicera särskilda debattskrifter som belyser olika ämnesområden av stor betydelse för folkhälsan. Syftet med skrifterna är att stimulera till en bred och livaktig debatt inom folkhälsoområdet. I skrifterna medverkar ett antal kunniga och engagerade författare som redovisar sin uppfattning inom ett visst aktuellt område. Kommittén har sedan hösten 1997 publicerat sju debattskrifter. Dessa som redovisas mer utförligt i bilaga 5 har följande titlar:

Arv & miljö – Hur påverkas hälsan?
Tillitsbristsjukdomar – Myt eller verklighet?
Svensk alkoholpolitik – Välmotiverad eller förlegad?
Tobaken – Folkhälsans största fiende?
Gammal och frisk? – om äldres hälsa
En god hälsa – ett socialt privilegium?
Sjuk eller frisk i själen? – om synen på psykisk (o)hälsa

Kommittén avser att fortsätta arbetet med att publicera debattskrifter även under år 2000 och att ordna flera egna konferenser med teman från det nu aktuella betänkandet samt att medverka i konferenser om folkhälsomål och strategier för att uppnå målen. Utöver detta avses kontakterna med politiker, tjänstemän och andra aktörer att intensifieras under år 2000.

Remissarbete m.m. avseende WHO:s nya hälsopolitiska mål

Regeringen beslutade i juni 1997 om särskilda tilläggsdirektiv till kommittén att följa det pågående arbetet med revidering av hälsopolitiska mål och strategier inom WHO:s europaregion m.m. Kommittén har arbetat i enlighet med direktiven genom att delta i remissarbetet med målen och medverkat vid fastställandet av målen i september 1998. Kommittén har också medverkat tillsammans med Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen vid utarbetande av en folder på svenska om de nya målen.

1.3 Underlagsmaterial

1.3.1 Inledning

De preliminära mål och strategier som läggs fram av kommittén i betänkandet har hämtat inspiration och faktaunderlag från många källor. En inspirationskälla är de olika hälsopolitiska dokument som har antagits under de senaste åren av WHO, EU och enskilda länder som Storbritannien, Danmark och Norge. När det gäller faktaunderlag har kommittén själv tillsatt och fått underlag från 12 olika arbetsgrupper med experter som har arbetat under hösten 1998 och våren 1999 med inriktning på viktiga risk- och friskfaktorer för hälsa, särskilda hälsoproblem och vissa målgrupper. Kommittén har också tagit del av nya beräkningar av sjukdomsburden i Sverige som har gjorts av en forskargrupp vid Karolinska Institutet. Till detta kommer synpunkter från

remissinstanserna på vårt inriktningsbetänkande, underlag i form av pågående eller nyss avslutade utredningar samt beslut med anknytning till folkhälsoområdet som har fattats av regeringen och riksdagen. I avsnittet redogör vi för frågorna i den nu redovisade ordningen förutom pågående eller nyss avslutade utredningar m.m. som redovisas i en särskild bilaga till betänkandet.

1.3.2 Några aktuella utländska folkhälsostrategier

Inledning

I kommitténs inriktningsbetänkande redovisades exempel på hälsopolitiska mål och strategier från WHO-Europa, EU, Finland, Storbritannien, Holland och USA. Både WHO-Europa och Storbritannien har därefter lagt fram förnyade strategidokument och EU befinner sig mitt i processen att ta fram ett nytt folkhälsoprogram. Därutöver har också Danmark och Norge presenterat nationella strategidokument. I avsnittet redovisas mål och strategier från WHO och nämnda länder kortfattat.

HÄLSA 21 – WHO:s förnyade hälsostrategi för europaregionen

Europaregionen av WHO fastställde år 1984 en ”Hälsa för alla”-strategi för regionen med 38 hälsopolitiska mål och särskilt fokus på jämlikhet i hälsa. Som inspirationskälla blev dessa mål en framgång. Med Finland som ”pilotland” utvecklades nationella hälsopolitiska strategier och även länder utanför europaregionen följde exemplet.

Efter en utvärdering av strategin under åren 1996–97 påbörjade WHO arbetet med en ny hälsostrategi som vägledning för organisationens och medlemsländernas arbete till och med år 2020. I september år 1998 antog medlemsländerna i Europa den förnyade ”Hälsa för alla”-strategin för europaregionen, HEALTH 21.¹ Målen är vägledande för 51 länder och omfattar 870 miljoner människors hälsa.

Fyra hörnpelare

HÄLSA 21 är uppbyggd kring fyra hörnpelare som gäller mål, syften, etiska grunder och strategier. För det första anges ett varaktigt slutmål – att alla helt kan uppnå sina inneboende möjligheter (sin fulla potential)

¹ WHO. *Health 21 – The Health for all policy for the WHO European Region – 21 Targets for the 21st Century*. EUR/RC 48/10. Copenhagen 1998.

till hälsa. Vidare redovisas två syften, dels att främja och skydda människors hälsa genom hela livet, dels att minska förekomsten av de stora sjukdomarna och skadorna, och att lindra det lidande de förorsakar. Hälsa 21 anger tre värdemässiga och etiska grunder: hälsa som mänsklig rättighet; jämlikhet i hälsa och ett solidariskt handlande mellan och inom alla länder och deras invånare; delaktighet och ansvar för individer, grupper, institutioner och samfund för en fortsatt hälsoutveckling.

Med dessa mål, syften och etiska grunder som bas anges fyra huvudstrategier: multisektoriella strategier för att komma åt hälsans bestämningfaktorer och att säkerställa användningen av hälso-konsekvensbedömningar; program och investeringar med utfall som fokuserar på (folk)hälsan vad avser hälsoutveckling och klinisk vård; integrerad familje- och grannskapsbaserad primärvård, som stöds av ett ”lyhört” sjukhusssystem; en process för hälsoutveckling som baseras på delaktighet och engagerar berörda partners för hälsa hemmavid, i skolan och på arbetsplatsen, i lokalsamhället och på nationell nivå och som samtidigt främjar gemensamt beslutsfattande, genomförande och ansvarstagande.

Indelning av målen i block

De 21 målen är indelade i sex block:

- Säkerställa jämlikhet i hälsa genom solidariskt handlande (2 mål), som handlar om internationell solidaritet i hälsa och minskade hälsoskillnader i det egna landet.
- Bättre hälsa för alla i europearegionen (3 mål), som omfattar barns, ungdomars och äldres hälsa.
- Att förebygga och kontrollera sjukdomar och skador (4 mål), med inriktning på förbättrad psykisk hälsa, att minska såväl smittsamma som icke-smittsamma sjukdomar samt att minska skador till följd av våld och olycksfall.
- Multisektoriella strategier för att skapa en hållbar (folk)hälsa (5 mål), som spänner från en säker och trygg fysisk miljö, hälsosammare levnadsvanor, till att minska skadorna av alkohol, narkotika och tobak. Till detta block räknas också hälsofrämjande vardagsarenor som skolor, arbetsplatser och företag, städer och kommundelar m.fl., liksom att alla samhällssektorer har ett eget ansvar för att bidra till en positiv hälsoutveckling.
- En hälsektor som ”producerar hälsa” (4 mål). Här framhålls att integrationen inom hälsektorn måste förbättras, styrnings- och kvalitetsaspekter, hållbara finansieringssystem, likvärdig tillgång till

vård och att utveckla personalens färdigheter i att bevara och främja hälsan.

- Policier och mekanismer för att genomföra förändringar som stödjer att HÄLSA 21 kan genomföras (3 mål). Tyngdpunkten ligger på forskning och kunskap, att mobilisera samarbetspartners i hälsoarbetet och slutligen att politiskt markera en viljeinriktning genom strategier för att genomföra "Hälsa för alla"-program i de enskilda medlemsländerna.

Målen är i sin tur sedan uppbyggda kring tre dimensioner. För det första livscykeln, från "befruktningen till en värdig död", för det andra genus och för det tredje vardagslivets arenor som skola, arbetsliv, boende etc. I alla dimensioner skall jämlikhet i hälsa vara en genomgående röd tråd. Till de 21 huvudmålen hör ett större antal delmål. Medlemsländerna har förbundit sig att följa upp målen kvantitativt efter tre år genom ett 60-tal rutininsamlade statistiska indikatorer. Efter ytterligare tre år skall målen utvärderas såväl kvalitativt som kvantitativt. Den första uppföljningen skall inrapporteras till WHO:s Europakontor år 2000.² Målen har horisontår som varierar från 2005–2020.

Folkhälsoinstitutet har tillsammans med Socialstyrelsen och Nationella folkhälsokommittén i uppdrag från regeringen att under år 1999 översätta och sprida kännedom om de nya WHO-målen för Europa.

EU – aktör med legitimitet på folkhälsoområdet

I och med det s.k. Maastrichtfördraget år 1992 och införandet av en artikel 129 om folkhälsa i EU:s traktat fick den europeiska gemenskapen en tydlig och legal kompetens på hälsoområdet. Medan artikel 129 gav EU möjligheter att genom olika stimulansåtgärder agera på folkhälsoområdet, så ligger de mest betydelsefulla faktorerna för folkhälsan inom de grundläggande fria rörligheterna för människor, kapital, varor och tjänster samt EU:s inre struktur. Till det senare hör i stor utsträckning tobaks-, alkohol-, miljö-, livsmedels-, jordbruks- och sysselsättningsfrågorna.

Från och med den 1 maj 1999 har en ny och omformulerad artikel – nu benämnd 152 – trätt i kraft för EU:s engagemang på folkhälsoområdet. Den nya formuleringen kan tolkas som en klar markering av en förstärkning av folkhälsofrågornas ställning. Samtidigt kan den exemplifiering som knyts till uttrycket "health protection" möjligen uppfattas som en snävare innebörd av folkhälsoartikeln än tidigare artikel 129

² WHO/Euro: EUR/RC49/R10, Florence, 1999.

enligt Maastrichtfördraget. Det finns också inslag av en förskjutning mot mer klassisk hygien, där bl.a. "galna ko"-sjukan och besläktade födoämnesrisker är utgångspunkter. Det sociala folkhälsoperspektivet är inte särskilt starkt markerat. Det finns också formuleringar som ger rådet en starkt ställning på bekostnad av de enskilda medlemsländerna som kan antyda en framtida harmonisering av regler och lagstiftning inom folkhälsoområdet. Därigenom kan ett första steg vara taget för att öppna vägen för bindande EU-direktiv på folkhälsoområdet. Amsterdamsfördraget innebär också att EU-parlamentets ställning stärks, vilket gör att folkhälsofrågorna sannolikt kommer att uppmärksammas mer.

Folkhälsoprogrammen

Genom gemensamma beslut mellan EU-kommissionen, EU-parlamentet och Ministerrådet på basis av artikel 129 enligt Maastrichtfördragets lydelse, fortsatte de tidigare inrättade programmen mot cancer, HIV/aids och andra smittsamma sjukdomar. Nya program tillkom för hälsofrämjande, narkotikaprevention, hälsoövervakning, skador, miljörelaterade sjukdomar och sällsynta sjukdomar.

Arbetet inom de olika folkhälsoprogrammen har vidgat kontakterna för Sverige med andra europeiska länder påtagligt. Än så länge kan bara preliminära slutsatser dras. Åtminstone på två områden, fysisk aktivitet och hälsofrämjande insatser för äldre, så har initiativen inom EU bidragit till att särskilt lyfta fram dessa frågor i Sverige.

EU:s jordbrukspolitik och folkhälsan

EU:s jordbrukspolitik (CAP – Common Agricultural Policy) är det ekonomiskt största området och svarar för närmare 50 procent av utgifterna. Ursprungstanken med CAP var att komma tillrätta med ett grundläggande behov för folkhälsan, nämligen att säkra tillgången till mat för alla medborgare och säkra sysselsättning och inkomst för jordbrukare. Med tiden har effekterna av systemet gradvis förändrats. Subventioner ges till tobaksodling och vinodling. Pris- och kvalitetsgarantier finns inom ett kvotssystem för frukt och grönsaker. Ett riktat säljfrämjande stöd lämnas till bl.a. feta mejeriprodukter (mjölk och smör).

I en svensk hälsokonsekvensbedömning av CAP:s betydelse³ konstateras att tobakssubventionerna står i direkt konflikt med hälsointres-

³ The Swedish Institute of Public Health, *Health Impact Assessment of the EU Agricultural Policy*, Policy report 1997:36, Stockholm 1997.

sena, att reglerna kring frukt och grönsaker motverkar hälsointressena, leder till att tjänliga produkter förstörs, ökar priserna på det som kommer ut på marknaden och dämpar konsumtionen. Detta står i motsatsförhållande till de generella kostrekommendationer som förespråkar ökat intag av frukt och grönsaker och slår hårdast mot ekonomiskt svaga grupper. Subventionerna för att få ut fet mjölk och smör på marknaden, till bl.a. förskolor och skolor, verkar pådrivande på konsumtionen av mättat fett och är inte konkurrensneutrala i förhållande till andra magrare alternativ. Vinsubventionerna bedömdes inte ha någon omedelbart avgörande effekt på hälsosituationen inom EU, med hänsyn till de ramar och regler som i övrigt gäller på världsmarknaden inom detta område. Genom en reformering av EU:s jordbrukspolitik, bl.a. inom ramen för Agenda 2000, har vissa justeringar i hälsovänlig riktning gjorts vad gäller frukt och grönsaker. Diskussioner förs också om att göra subventionerna för mjölk och mejeriprodukter mer konkurrensneutrala med hänsyn till fetthalt.

Tobak och alkohol – viktiga frågor för Sverige

Vad gäller den s.k. inre marknaden så har medlemsländerna i stor utsträckning överlåtit regleringen till EU. Ett sådant exempel är reklamförbud mot tobaksvaror. Den 6 juli 1998 antogs slutligt det EG-direktiv (98/43/EG) som förbjuder direkt och indirekt tobaksreklam inom hela EU. Varje form av reklam eller sponsring för tobak skall vara förbjuden i gemenskapen, och direktivet skall ha implementerats i nationell lagstiftning senast den 30 juni 2001. Medlemsländerna får dock vid behov vänta ytterligare ett år med att förbjuda annonser i pressen och två år med förbud mot sponsring. I undantagsfall och på vissa villkor kan man i fråga om evenemang eller verksamheter som organiseras på världsomspännande nivå (t.ex. motortävlingar i Formel 1) tillämpa en övergångstid på ytterligare tre år, dock senast fram t.o.m. den 1 oktober 2006. I Storbritannien planerar man att införa reklamförbudet redan till årsskiftet 1999/2000.

Flera företag och ett medlemsland (Tyskland) har väckt talan mot direktivet till EG-domstolen. Direktivet förblir dock i kraft under domstolens prövning av ärendet och skall alltså implementeras nationellt.

I fråga om alkohol så har Sverige en uppgörelse om undantag med EU vad gäller begränsningar i införsel och försäljning. Övergångsreglerna gäller till den 1 juli 2000.

EU:s framtida folkhälsoprogram

De nuvarande folkhälsoprogrammen löper ut i och med år 2000. Kommissionen har utarbetat ett underlag för ett samlat framtida folkhälso-program, baserat på tre huvudområden:

- System för att följa hälsoutvecklingen.
- Alarmfunktion för att snabbt kunna reagera på nya eller återvändande hälsohot, som t ex ”galna ko-sjukan” och TBC.
- Åtgärder riktade mot hälsans bestämningsfaktorer genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Förslaget har i princip antagits av Hälsoministerrådet och skall provas av EU-parlamentet inom ramen för den gemensamma beslutsprocessen. Sverige stöder i princip den föreslagna inriktningen. Därefter vidtar nästa steg i processen som handlar om budget, organisation inom kommissionen och hur medlemsländerna skall få inflytande över genomförandet av det nya programmet.

Storbritannien

När den nya labouregeringen tillträdde år 1997 inrättades en särskild ministerpost för folkhälsa. År 1998 publicerades en tydligt jämlikhetsinriktad nationell folkhälsostrategi – ”Our Healthier Nation – A Contract for Health”⁴, som bl.a. starkt förespråkar samverkan mellan olika parter för att nå resultat. Strategin har följts av en handlingsplan år 1999 – ”Saving lives: Our Healthier Nation”⁵ för att förbättra allas hälsa och särskilt de sämst ställda. Handlingsplanen är fokuserad på de fyra största orsakerna till för tidig död med mål som skall vara uppnådda till år 2010:

- Cancer: minska dödligheten i åldrarna under 75 år med minst 20 procent.
- Hjärtats kärlsjukdomar och stroke: minska dödligheten i åldrarna under 75 år med minst 40 procent.
- Olycksfall: minska olyckorna så att dödsfallen sjunker med minst 20 procent och allvarliga skador med minst 10 procent.
- Psykisk ohälsa: minska dödligheten i självmord och ej fastställda skador med minst 20 procent.

⁴ *Our Healthier Nation – A Contract for Health*. Green paper by Secretary of State for Health; The Stationery Office, UK July 1998.

⁵ *Saving lives: Our Healthier Nation*. White paper by Secretary of State for Health; The Stationery Office, UK July 1999.

Den brittiska handlingsplanen är unik genom att den åtföljs av betydande resurser. Sammanlagt 21 miljarder pund satsas för att förbättra folkhälsan, med öronmärkta belopp för att kunna förverkliga de olika insatser som föreslås. Genomförandet av handlingsplanen bygger på en kombination av sociala, ekonomiska och miljömässiga insatser å ena sidan och tilliten till människors förmåga att fatta beslut om sin egen och sina familjers hälsa. På nationell nivå har regeringen aviserat att ojämlikheten i hälsa skall minskas genom insatser på utbildningsområdet, förbättrade villkor i arbetslivet, i bostadsområden, för bättre kommunikationer och miljö. Grunden skall läggas genom ett triangelpartnerskap mellan medborgare, ”kommuner och samfund” (communities) och regeringen.

Rökning framhålls som den enskilt största förebyggbara orsaken till dålig hälsa, men insatser prioriteras också för sex och samlevnad, droger, alkohol, säkra livsmedel, vattenfluoridering och att förebygga smittsamma sjukdomar.

I genomförandet fästes stor vikt vid lokala sektorsövergripande insatser. Hälso- och sjukvården omorienteras så att hälsoförbättringar för första gången någonsin, blir en integrerad del av det som vården skall åstadkomma. En särskild sjuårig satsning görs lokalt på s.k. Health Action Zones (HAZ), för att bryta ner de barriärer som finns mellan olika sektorer för att tillhandahålla medborgerliga tjänster. I två omgångar, år 1998 och år 1999, har 26 HAZ etablerats. En HAZ är ingen egen eller ny administrativ enhet, utan är en samling av geografiskt sammanhängande Local Authorities, med likartad struktur. Bland de 26 HAZ som redan etablerats varierar folkmängden mellan 180 000 – 1,5 miljoner människor och de ligger mestadels i urbana områden. Förutsättningarna för att bilda en HAZ är bl.a. att ohälsan är utbredd och att området är nedgånget. En överenskommelse skall träffas mellan inblandade parter om att arbeta över sektorsgränserna, liksom att enas om att arbeta efter lokala behovsbedömningar. Försöken med HAZ utvärderas löpande som ett led i strategin att lokalt utveckla s.k. lärande organisationer.⁶ Utvärderingen bygger på att följa indikatorer som är kopplade till olika insatser och inte att mäta de hälsoeffekter som anges i slutmålen för 2010.

På den nationella organisatoriska nivån ombildas det nuvarande Health Education Authority till en Health Development Agency, med uppgift att höja nivån och kvalitén på folkhälsoarbetet. Andra inslag i

⁶ Health Action Zones: Learning to make a difference – Findings from a preliminary review of Health Action Zones and proposals for a national evaluation. A report submitted to the Department of Health, June 1999 by the National Evaluation Team (Stencilrapport).

handlingsplanen är att öka folkhälsoutbildningarna, förbättra informationen om folkhälsans utveckling och bestämningsfaktorer liksom att främja folkhälsoforskningen. Avsikten är också att etablera en särskild utvecklingsfond för folkhälsa.

Danmark

I Danmark har ett omfattande utrednings- och utvecklingsarbete ägt rum sedan det i början av 1990-talet blev uppenbart att utvecklingen av den danska medellivslängden för både kvinnor och män var mindre gynnsam än för jämförbara länder. Enligt OECD:s hälsostatistik (OECD Health Data 1998) var medellivslängden år 1970 för danska kvinnor den femte främsta bland 15 länder i Europa (i dag EU-länderna och Norge). År 1996 intog de danska kvinnorna 16:e och sista plats. I absoluta tal ökade medellivslängden dock med 2,1 år, från 75,9 till 78,0 år. De danska männen som år 1970 låg på fjärde plats med 70,8 år, hade år 1996 fallit tillbaka till 15:e och näst sista plats med 72,8 år, dvs. en ökning med 2,0 år i absoluta tal.

I maj 1999 presenterades ett 10-årigt Folkesundhetsprogram för perioden 1999–2008.⁷ Programmet består av sammanlagt 17 mål, med de två inledande målen om "Längre liv med högre livskvalitet" och "Social jämlikhet i hälsa" som överordnade de övriga. Därutöver finns fem mål för riskfaktorer (tobak, alkohol, kost & motion, stor övervikt och trafikolyckor), tre mål för vardera åldersgrupperna barn, unga och äldre, och fyra mål för vardagsmiljöerna grundskolan, arbetsplatsen, lokalsamhället och hälso- och sjukvården. Avslutningsvis innehåller programmet tre strukturmål för samarbetet mellan stat, amtskommuner, kommuner samt, forskning och utbildning.

Målen är inte formulerade som inriktningsmål. Vad medlen för att uppnå målen beträffar, så talas i högre grad än tidigare om skärpta regler mot tobaks- och alkoholkonsumtionen. Förutom en mer samlad hälsopolitik, utgör riktade insatser, genomförande med väl anpassade

⁷ Sundhetsministeriet. *Regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008*. København 1999.

metoder och stöd till utveckling, och ökad professionalisering de bärande redskapen för att uppnå målen. Ansvaret på statlig nivå för att genomföra programmet vilar ytterst på regeringen. Programmet skall utvärderas 2001 och 2005, dels med inriktning på varje enskilt mål och dels utifrån ett helhetsperspektiv. Utvärderingarna skall redovisas i hälsoministerns redogörelse 2002 och 2006 i samband med uppföljningen av amtskommunernas och kommunernas gemensamma folkhälsoplanering.

Norge

Den norska folkhälsostrategin består av en rad och över tid och innehåll sammanhållna dokument. I Norge lades grunden till ett generellt folkhälsoarbete genom en proposition redan 1987/88 om "Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan (St.meld nr 41/1987–88), följd år 1991 av utredningen "Flere gode levnadsår for alle" (NOU 1991:10). Den ledde bl.a. i sin tur till en proposition till Stortinget, "Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (St.meld. nr 37/1992–93). Ett antal huvudområden för insatser pekades ut, vilket ledde till att nationella handlingsplaner utarbetades för att förebygga belastningsskador, olyckor och skador, astma, allergi och inomhusklimatsjukdomar.

Senare följde ett aktionsprogram för "Barn og helse" som förutom att det inbegrep de tre nyss nämnda huvudområdena också tog upp den psykosociala hälsan. Erfarenheterna från aktionsprogrammet om "Barn og helse" visade att det var i kommunernas arbete som det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet primärt måste förankras. En särskild kommitté för kvinnors hälsa lade 1999 fram utredningen om "Kvinnens helse i Norge" (NOU 1999:13), där livs- och hälsovillkor för unga, 40-åriga, äldre, invandrar- och funktionshindrade kvinnor har belysts.

Ytterligare en dimension av det norska folkhälsoarbetet utvecklades inom ramen för ett miljöinriktat hälsoskydd (helsevern). Även om övertygelsen var stark om kommunernas grundläggande betydelse för folkhälsoarbetet i Norge, så fanns det flera tecken på att kommunerna själva inte prioriterade dessa uppgifter. Initiativ togs därför till en folkhälsoutredning för att stärka folkhälsoarbetet i kommunerna – "Det er bruk for alle" (NOU 1998:18).

Den filosofi som läggs till grund för "det nya folkhälsoarbetet" betonar vikten av att delta, bemästra och kontrollera den egna situationen och att låta engagemang och initiativ avlösa en situation som präglas av maktlöshet. Grunden för denna filosofi bygger på dokumentation från

en rad lokala utvecklingsprojekt. Utredningen definierar folkhälsoarbete som ” ... samhällets totala insats för att vidmakthålla, förbättra och främja folkhälsa. I detta ligger nödvändigheten av att stärka värden som ger den enskilda individen och grupper möjligheter till ansvar, delaktighet, solidaritet, bemästring och kontroll över sitt eget liv och den egna situationen”.

Liksom Danmark redovisar även Norge en jämförelsevis negativ hälsoutveckling. Norge jämför sig globalt med de länder som uppvisar högst medellivslängd. Från att norska kvinnor år 1960 hade den näst längsta medelåldern och norska män den tredje längsta i världen, så har placeringen 30 år senare år 1990 sjunkit till tionde plats för kvinnorna och nionde för männen. I alla åldersgrupper har norska kvinnor 30 procent högre dödlighet än japanskor och norska män 20 procent högre dödlighet än japanska män. Utredningen pekar på några särskilt viktiga förutsättningar för folkhälsoarbetet som bl.a. att

- det måste inriktas på nutidens problem,
- det måste vara behovsbaserat till förmån för dem med sämst hälsa och som kan dra mest nytta av insatserna,
- den norska välfärdstraditionen också utgör den största resursen i folkhälsoarbetet, och
- att de professionella yrkesutövarna är motiverade.

I ”Det er bruk for alle” problematiseras prioriteringsgrunderna genom att tydliggöra vilka värderingar som blir styrande vid olika val. Vad är viktigast att förbygga – Arbetsoförmåga, åldrande eller för tidig död? Hur skall framtida hälsa avvägas mot andra värden – äta god men fet mat, dricka alkohol etc? Hur solidariska är vi när det gäller att ställa upp på t.ex. restriktioner ifråga om rökning för att minska risken att några drabbas av tobaksrelaterade sjukdomar? När vet vi tillräckligt mycket för att vidta insatser – hur hållfast är underlaget för att kalla alla kvinnor till mammografiundersökningar? Jämlikhet i hälsa – finns det en vilja till utjämning? De viktigaste åtgärderna handlar om att utjämna livsvillkoren. Går det ihop att samtidigt beskriva Norge som ett litet land med små sociala skillnader och att övertyga medborgarna om att det fortfarande är stora skillnader mellan fattiga och rika även i Norge och att skillnaderna ökar snabbare än i något annat europeiskt land?

Själva metodiken kring prioriteringsgrunderna är att stimulera till diskussioner lokalt och inte att ge några färdiga svar. För att minska hälsoskillnaderna förordas en strategi med insatser riktade dels till arbetsliv och skola, dels till särskilda grupper som barn och ungdom, äldre, svaga minoriteter, vissa kvinnogrupper, invandrare, samer och

funktionshindrade. Genom lokalisering, tillgänglighet och arbetssätt kan också hälso- och sjukvården bidra till att utjämna hälsoskillnader.

I strategin för att utveckla det lokala folkhälsoarbetet i Norge kan fyra hörnspelare identifieras:

- Mobilisera politisk vilja och ledarskap i samhället.
- Kommunernas folkhälsoarbete organiseras så att det fungerar tvärssektoriellt.
- Frivilligsektorn tilldelas en betydande roll.
- Empowerment

Några sammanfattande iakttagelser

Såväl i Danmark som i Storbritannien återfinns tydliga spår av WHO:s ”Hälsa för alla”-policy. I den danska strategin är målstrukturen i hög grad grundad efter WHO-modellen och anpassad till den hälsoutveckling som ägt rum. Den brittiska strategin är en koncentration av WHO-modellen till de sjukdomar och folkhälsoproblem som svarar för den största andelen av för tidig död. I Norge har utvecklingen i jämförelsevis större grad påverkats av den internationella utvecklingen av hälsofrämjande insatser och egna traditioner.

Den brittiska strategin uppvisar den tydligaste politiska profileringen. I Norge har strategiarbetet bedrivits kontinuerligt, med kompletterande underlag från och kopplingar till miljösidan, hälso- och sjukvården och en utvecklad belysning av särskilda befolkningsgruppers behov och villkor.

Det lokala perspektivet är framträdande i alla länder, men allra tydligast i Norge där den lokala samhällsutveckling är basen. I Danmark bygger genomförandet på en rollfördelning och samverkan mellan stat, amtskommuner och kommuner. I Storbritannien ges individen en roll för att förbättra hälsan likvärdig med ”kommuner och samfund” och staten.

Genomförandestrategi: I Storbritannien bygger genomförandet på en samlad multisektoriell jämlikhetsstrategi till vilken kopplas en rad olika insatser som en särskild folkhälsominister, betydande ekonomiska resurstillskott och organisatoriska förstärkningar för folkhälsoarbetet. Den brittiska strategin framstår i detta avseende som helt unik genom de ekonomiska och administrativa kopplingar som integrerats i att fullfölja och genomföra handlingsplanen. I Danmark skall särskilda aktionsplaner genomföras och det finns ett uttalat tvärssektoriellt departementsansvar. I Norge framhålls särskilt mobilisering av politisk vilja och ledarskap.

1.3.3 Rapporter från arbetsgrupper med experter

Inledning

Kommittén bedömde under våren 1998 att ett betänkande med preliminära folkhälsomål och strategier bör baseras på ett fördjupat analysmaterial om olika byggstenar som bör finnas med i ett måldokument. Kort uttryckt handlade det om att få tillgång till ett underlag för kommitténs ställningstaganden när det gäller att prioritera mellan olika riskfaktorer, friskfaktorer, sjukdomar, målgrupper och strategier etc. med avseende på det nationella måldokumentet. En stor del av detta arbete ansågs kunna göras inom särskilda arbetsgrupper. Värdet av att inrätta arbetsgrupper av detta slag låg enligt kommittén inte enbart i att kommittén på så sätt kunde få tillgång till ett fördjupat beslutsunderlag, utan också i att ett relativt stort antal personer inom skilda sektorer kunde engageras i arbetet med att formulera nationella hälsomål och strategier. Detta sågs som en fördel när det gäller att åstadkomma en så stark förankring som möjligt av måldokumentet.

Övergripande synpunkter på inrättande av arbetsgrupper

För kommitténs uppgift att formulera nationella folkhälsomål med syfte att minska hälsoskillnaderna, ansågs det nödvändigt att betona risk- och friskfaktorer eftersom det primärt är dessa som kan påverkas via politiskt beslutade åtgärder inom olika sektorer av samhällslivet. Denna fokusering på bestämningsfaktorerna för ohälsa/hälsa såg kommittén som lämplig i flertalet fall vid inrättande av arbetsgrupper.⁸

Den avvägning som gjordes var att om det fanns fall där risk- och friskfaktorerna var oklara med avseende på effekter på sjukdomar och skador eller där andra skäl fanns att betona hälsoproblemen direkt, borde arbetsgrupper istället bildas utifrån hälsoproblem.

Kommittén beslutade när det gäller risk- och friskfaktorer för hälsa att inrätta arbetsgrupper med bas i följande faktorer: Ekonomisk försörjning, arbetslivsfaktorer, miljöfaktorer, sociala relationer, levnadsvanor med betoning på dels tobak, alkohol, narkotika och läkemedelsberoende, dels mat, fysisk aktivitet, solvanor och kultur resp. fritid.

När det gäller hälsoproblem bestämdes att psykisk ohälsa skulle vara grund för en arbetsgrupp. Även andra hälsoproblem borde enligt kommittén belysas särskilt. Det gäller skador, allergier och STD. För dessa hälsoproblem valdes dock att inte ha några arbetsgrupper utan att

⁸ Se redovisningen av risk-/friskfaktorer i kommitténs inriktningsbetänkande SOU 1998:43, avsnitten 8.1 och 8.5.

inhämta underlag från Folkhälsoinstitutet som har särskild expertis inom dessa områden.

Avsikten var att de nu nämnda arbetsgrupperna skulle belysa sina resp. områden dels allmänt, dels med avseende på bl.a. olika målgrupper. För att få en mer samlad uppfattning av hälsosituationen och riskfaktorerna med avseende på särskilda målgrupper och för att sätta fokus på bl.a. viktiga arenor för insatser, bestämdes att särskilda tvärgående arbetsgrupper skulle inrättas för målgrupperna barn- och ungdom, äldre och invandrare. Dessa arbetsgrupper avsågs i väsentlig utsträckning ”ta över” kunskap från de arbetsgrupper som hade risk-/friskfaktorer och hälsoproblem som sina utgångspunkter, men också att göra ett självständigt arbete.

Allmänna riktlinjer för arbetsgruppernas uppgifter

En allmän bakgrund för gruppernas arbete har varit de riktlinjer som lämnas i kommitténs direktiv 1995:158. En ytterligare utgångspunkt för arbetsgrupperna är de överväganden som har gjorts av kommittén i inriktningsbetänkandet, i synnerhet kapitlen 8–10. Utöver detta har grupperna haft specifika direktiv att för sina resp. områden (risk-/friskfaktorer och hälsoproblem) göra följande:

- beskriva bakgrund, nuläge och prognos för området i fråga med inriktning på dels förekomst och fördelning i olika grupper av befolkningen, dels effekter för individer och för samhället,
- redovisa kunskapsläget beträffande orsaker och påverkansmöjligheter när det gäller förekomst och fördelning m.m.,
- beskriva befintliga mål och strategier inom området samt implementering och effekter av olika åtgärder,
- formulera framtida mål och strategier med beaktande av målgrupper, arenor och aktörer samt uppföljning och utvärdering.

Arbetsgruppernas rapporter samt de särskilda underlagen från Folkhälsoinstitutet har presenterats för kommittén under våren 1999. Rapporterna har givits ut i vår serie av underlagsrapporter och redovisas i bilaga 5.

1.3.4 Beräkningar av sjukdomsburden i Sverige

I vårt inriktningsbetänkande (SOU 1998:43) redovisades bl.a. olika tekniker för att sammanväga sjuklighet och dödlighet. Sedan utgivningen av betänkandet har en svensk studie gjorts som analyserar sjuk-

domsbördan i Sverige. Studien är ett av våra underlag för att ange viktiga områden för målsättning. Det finns därför skäl att rekapitulera något av vad som togs upp i det förra betänkandet och att redogöra för den nya svenska studien om sjukdomsbördan i Sverige.

Man har sedan länge i den kliniska forskningen insett behovet av att kunna väga ihop livets kvantitet med dess kvalitet. QALY-måttet (Quality Adjusted Life Years) har således använts för att, i jämförelsen mellan två behandlingsmetoder, kunna väga ökad överlevnad mot ökade biverkningar hos enskilda patienter. På samma sätt finns det ett växande behov att på befolkningsnivån kunna väga ihop olika sjukdomskonsekvenser i termer av dödlighet och funktionsnedsättning.

Det mått med vilket man tidigare har kunnat jämföra olika sjukdomars och skadors tyngd i befolkningen har varit dödligheten. Detta mått blir dock allt mindre relevant i takt med en stadigt sjunkande dödlighet i flertalet dödsorsaker och en ökning av flera olika sjukdomar med mycket låg dödlighet. Att jämföra kostnader för olika hälsoproblem såsom de uppträder i sjukvårdens och socialförsäkringens bokslut mäter i första hand vilken ekonomisk börda som läggs på dessa system och inte hur olika sjukdomar påverkar befolkningens livskvalitet och funktionsförmåga.⁹

QALY-måttet mäter "friska" år och är därför inte direkt nedbrytbart på diagnoser och sjukdomsorsaker, vilket är nödvändigt för en åtgärdsrelevant analys. En forskargrupp vid Harvard School of Public Health utvecklade därför i början på 1990-talet ett nytt mått, DALY (Disability Adjusted Life Years) som i befolkningstermer mäter antalet förlorade år i sjukdomsbetingad funktionsnedsättning och för tidig död. Den första studien på global nivå publicerades av Världsbanken år 1993 och har sedan uppdaterats i samarbete med WHO.¹⁰

I ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen har det genomförts en första kalkyl av sjukdomsbördan i Sverige i termer av DALY:s.¹¹ Analysen byggs upp nerifrån på så sätt att den för 126 specificerade diagnoser (enligt ICD:9) beräknar följande mått för män och kvinnor i olika åldersgrupper:

⁹ Jacobson L, Lindgren B. *Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfall fördelat på sjukdomsgrupper 1980 och 1991*. Socialstyrelsen. Stockholm 1996.

¹⁰ Murray CJ, Lopez AD, eds. *The global burden of disease*. Cambridge MA: Harvard University Press, 1996.

¹¹ Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk Daly-kalkyl*. Folkhälsoinstitutet 1998:50.

- Antal dödsfall multiplicerat med den återstående medellivslängden i åldern då individen dog.
- Prevalensen av varje sjukdom multiplicerad med en funktionsvikt.
- Förlorade år i dödsfall och sjukdom beräknade på detta sätt adderas sedan till DALY:s.

Metodiken kan tyckas enkel men den döljer en mängd ställningstaganden av både etisk och teknisk karaktär. Om den återstående medellivslängden skall beräknas vid varje dödsfall, måste man bestämma vilken livslängdtabell som skall användas, inkl. vilken skillnad mellan män och kvinnor som skall vara normgivande. Det finns inget självklart svar vilken norm som skall användas men i den svenska studien har den livslängdstabell använts som bedömdes som optimal i den globala studien – 80 år för män och 82,5 år för kvinnor, vilket är nära den medellivslängd som finns i de mest privilegierade områdena i Sverige. Det faktum att man inte räknar förlorade år upp till en viss gräns – t.ex. 75 år – betyder att även dödsfall bland äldre räknas. Återstående medellivslängd för en 80-årig kvinna är t.ex. 8,9 år i denna studie.

Att beräkna prevalensen av flertalet sjukdomar förutsätter att en definition görs av vad som skall betraktas som sjukdom. Den svenska studien valde att utöver entydiga medicinska diagnoser ta med symtom i form av värk, allergi och psykiska besvär som befolkningen i stort antal rapporterar i intervjustudier och som uppenbarligen påverkar deras livskvalitet och funktionsförmåga men där diagnosen ofta är oklar. I den globala studien valde man att ta med enbart diagnostiserad sjukdom.

För att värdera hur olika sjukdomar och sjukdomsstadier påverkar funktionsförmåga och livskvalitet har hälsoekonomin utvecklat metoder för att låta de berörda patienterna själva eller paneler av läkare eller friska lekmän värdera detta. Den svenska studien har i likhet med den globala använt sig av en särskild teknik kallad ”person trade off”-teknik för att ge alla sjukdomstillstånd en vikt mellan 0 (fullt frisk) och 1 (död). Viktningen av allvarlighetsgraden av olika sjukdomstillstånd bör spegla inte bara smärta, välbefinnande och funktionsförmåga utan även handikapp. De beräkningar som för närvarande finns tillgängliga från WHO skiljer inte tydligt på funktionsnedsättning och handikapp men anses ändå i den svenska studien som användbara i väntan på den revision som pågår inom WHO och olika studier bl.a. i Sverige. Resultatet för den svenska studien blir vikter som varierar mellan 0,827 för Alzheimers sjukdom, 0,423 för icke schizofren psykos, 0,108 för angina pectoris och 0,012 för allergisk rinit.

Världsbanken arbetade i termer av ”investering i hälsa” och fann det därför naturligt att vikta förlorade år i yrkesverksam ålder högre än motsvarande för barn och äldre, och valde även att diskontera framtida hälsoförluster med 3 procent per år. Diskontering innebär att hälsoförluster som inträffar i framtiden tillmäts mindre vikt än hälsoförluster som inträffar nu. I och med att frihet från sjukdom och ohälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjligheter att forma sina liv, och inte en investering för samhällets ekonomiska utveckling i första hand, anses i den svenska studien att diskontering av framtida hälsoförluster och att ge större vikt åt vissa åldrar inte bör ske när det gäller svenska förhållanden. Den svenska studien har därför valt att inte göra något motsvarande.

Analysen bygger på analyser av dödsorsaksregister, cancerregister, missbildningsregister, patientregister från slutenvård samt undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Därtill har ett stort antal enskilda studier använts för att uppskatta prevalensen av olika sjukdomar. Om man nu gör denna analys får man fram att 26,6 procent av sjukdomsördan kan tillskrivas hjärt- och kärlsjukdomar, 20,0 procent handlar om psykisk ohälsa, 15,7 procent tumörer, 8,1 procent skador och 6,5 procent rörelseorganens sjukdomar. Övriga sjukdomar står för resterande 23,1 procenten.

Om man räknar förlorade år per 10 000 invånare får vi siffror som i tabell 1.1. Där framgår att trots många års minskande dödlighet är ischemisk hjärtsjukdom fortfarande den i särklass största diagnosgruppen. Av de tio största har fem med psykisk ohälsa att göra. Överhuvudtaget står psykisk ohälsa för en anmärkningsvärt stor del av sjukdomsördan vilket blir tydligt när man tar med inte bara dödlighet utan även sjuklighet i beräkningen. Den psykiska ohälsan består till 92 procent av sjuklighet och 8 procent dödlighet i och med att självmorden räknas under skador. Långt ner på listan, och inte bland de 20 största, kommer en av de hälsopolitiskt högst prioriterade sjukdomarna – hiv/AIDS som i denna svenska studie endast står för 12 förlorade år per 10 000 invånare dvs. ca 0,5 procent av sjukdomsördan.

Tabell 1.1. De 20 sjukdomar eller skador som bidrar mest till sjukdomsördan. Antal förlorade år (DALYs) per 10 000 invånare. Sverige 1988–1995.

<i>Diagnosgrupp</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
1. Ischemisk hjärtsjukdom	306	469
2. Depression och neuros	243	162
3. Cerebrovaskulär sjukdom	155	143
4. Demenssjukdomar	140	77
5. Själv tillfogade skador	44	104
6. Alkoholberoende	31	109
7. Astma och KOL	63	68
8. Psykos utom schizofreni	57	57
9. Bronk- och lungcancer	38	66
10. Rygg-nacksjukdomar	47	52
11. Luftvägsinfektioner	46	49
12. Hörselnedsättning	37	52
13. Trafikolyckor	27	57
14. Medfödda missbildningar	40	44
15. Cancer i tjocktarm och ändtarm	41	42
16. Perinatale tillstånd o SIDS	34	43
17. Diabetes	37	38
18. Bröstcancer	68	0
19. Fallskador	28	33
20. Blodmaligniteter	25	33
<i>Total (alla diagnoser inkl. de 20 största)</i>	<i>2 444</i>	<i>2 233</i>

Trots de många både etiska och tekniska överväganden som måste göras, anses i den svenska studien att de mått på sjukdomsördan som har tagits fram är relevanta som ett hälsans BNP och som ett verktyg för hälsopolitiska prioriteringar. Måttet skall enligt författarna av rapporten inte i första hand jämföras med någon svårsmätbar sanning utan med det underlag på vilket man i dag fattar en mängd olika hälsopolitiska beslut.

1.3.5 Synpunkter från remissinstanserna

Kommittén sände ut delbetänkandet, Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål, till 509 remissinstanser. Instanserna var myndigheter, universitet och högskolor, länsstyrelser, landsting, kommuner och förbund, arbetsgivarorganisationer, bostadsintressenter, fackliga organisationer och yrkesföreningar, organisationer

inom områden som alkohol, droger, barn- och ungdom, bildningsförbund, handikapporganisationer, organisationer inom idrott och motion, invandrarorganisationer, organisationer inom kostområdet, kvinnoorganisationer, pensionärsorganisationer, organisationer inom tobaksområdet, organisationer för sexuell upplysning och sexuellt lika-berättigande, organisationer eller nätverk för lokalt och regionalt folkhälsoarbete samt skugggrupper i kommittéarbetet och övriga. Av de 509 remissinstanserna svarade 213. Därutöver har 11 instanser som inte fått betänkandet på remiss lämnat svar.

En sammanfattande bedömning av remissinstansernas synpunkter på vårt första delbetänkande är att man är positiva till betänkandet när det gäller uppläggningsen och resonemangen. Man välkomnar t.ex. vårt sätt att angripa problemen. Man tycker också att betänkandet är välskrivet och lättläst. Det finns även kritiska synpunkter och olika förslag. Med tanke på det fortsatta arbetet med mål och strategier anges följande som särskilt viktigt:

Målförslag bör vara konkreta. Begreppsdefinitionerna kan bli mer stringenta. Kontakterna med näringslivet bör utvecklas. Företagshälsovårdens betydelse bör uppmärksammas. Det finns ett stort behov av utbildning i folkhälsofrågor – på alla nivåer. Forskningens roll bör tydliggöras. Frivilligorganisationerna har viktiga roller och bör betonas mer, liksom folkbildningen. Även massmedias roll bör framhållas. Hörselskador är ett stort socialt problem som bör uppmärksammas. Benskörhet, demens och självmord är andra problem som bör belysas.

Vidare uppger remissinstanserna att förebyggande åtgärder behövs så att funktionshindrade personer inte drabbas av ohälsa utöver funktionshindren. Våld – särskilt våld mot kvinnor – och rädsla framhålls som en viktig folkhälsoaspekt. HIV/AIDS nämns endast av få instanser. Snus bör uppmärksammas i samband med en diskussion om tobak. Alkohol bör uppmärksammas mer. Det står för lite om alkohol i inriktningsbetänkandet. Individens eget ansvar för sin hälsa påtalas av några instanser.

Ytterligare synpunkter är att det behövs en tydlig ansvarsfördelning mellan olika offentliga instanser. Sjukvårdens roll bör uppmärksammas mer. Friluftslivet har en viktig betydelse som bör belysas.

Sammanfattningsvis framhåller remissinstanserna att målkonflikter måste tydliggöras, att friskfaktorer bör lyftas fram bättre, att funktionshindrades situation bör uppmärksammas i ett folkhälsoperspektiv, att forskningens roll och behovet av utbildning för olika aktörer bör ges en större tyngd i kommitténs arbete och att ansvarsfördelningen i folkhälsoarbetet mellan olika offentliga instanser måste tydliggöras. En längre sammanfattning av remissynpunkterna redovisas i bilaga 6.

1.4 Avgränsningar, syfte och läsanvisningar

1.4.1 Avgränsningar

En nationell strategi för folkhälsan resp. sakkapitel med mål

Vi framhåller i avsnitt 1.2 om arbetsformer att det nu aktuella betänkandet dels omfattar en nationell strategi för folkhälsan med fokus på etiska utgångspunkter, en vision om ett hälsovänligt samhälle samt prioriterade övergripande strategier och hälsopolitiska mål för att uppnå en bättre och jämlik folkhälsa (del 2 – kapitlen 2 och 3), dels ett stort antal sakkapitel där mål och delmål redovisas för sådant som är viktigt inom resp. område (del 3 – kapitlen 4–11). Vi framhåller vidare att sakkapitlen primärt hämtar sitt underlag från de 14 expertrapporter som har tagits fram (se bilaga 5) och att dessa rapporter och sakkapitel också utgör ”tekniska” underlag till redovisningen av den nationella strategin. Av den nämnda uppläggningsen framgår att det vetenskapliga underlaget som sådant har stor betydelse för de mål och strategier som har formulerats både i den nationella strategin och i sakkapitlen.

Övergripande strategier och hälsopolitiska mål

När det gäller strategierna bör betonas att dessa är övergripande i den nationella strategin och konkretiserade i sakavsnitten. Vi redovisar åtta övergripande strategier. Dessa omfattar de områden och målgrupper som vi vill lyfta fram särskilt och den hälsopolitiska inriktning som vi anser bör gälla.

Till de övergripande strategierna är knutet 19 hälsopolitiska mål med indikatorer som är operationella. Vi anger så långt det är möjligt och lämpligt procentsatser för den utveckling som kan fångas upp genom resp. indikator. Tidsperioden för den nationella strategin gäller tiden fram till år 2010. Vi redovisar skäl för denna period i avsnitt 3.4.1.

Konkretisering av strategier i sakkapitlen

I sakkapitlen konkretiseras strategierna. Här återfinns de 19 hälsopolitiska målen, men också många andra mål och delmål som är av betydelse för resp. ämnesområde. Vidare anges olika åtgärder vid redovisningen av målen och delmålen. I sakkapitlen saknas förutom i några fall indikatorer och måttenheter för uppnående av målen. Det väsentliga för oss i dessa kapitel har varit att formulera mål mot bakgrund av sakunderlaget, inte

att nu precisera indikatorer och mått för uppnående av dem. Vi avser att återkomma till mätmöjligheterna i slutbetänkandet.

Avgränsningar i förhållande till kommande etapp av arbetet

Redovisningen ovan omfattar huvuddragen i avgränsningarna av betänkandet. Som framgår av avsnitt 1.2 avses kommitténs arbete under den kommande etappen – etapp tre – omfatta fördjupningar av ämnesområdet med fokus på olika aktörers roller och ansvar samt ekonomiska bedömningar av förslagen, inkl. både effekter och kostnader samt finansiering. I fördjupningarna om aktörer ingår att belysa myndigheternas, landstingens och kommunernas roller och ansvar samt att bedöma på vilket sätt organisationer, media, näringslivet m.fl. kan medverka i folkhälsoarbetet. Vidare ingår när det gäller de offentliga aktörerna att belysa utbildningsfrågorna och forskningens roll. På organisationssidan är det särskilt folkbildningens och folkrörelsernas arbete som skall beaktas. För arbetet sammantaget avses nya underlag tas in. Till nästa etapp hör också att ta fram ett underlag om och särskilt beakta kroniskt sjuka och funktionshindrade personers situation i ett folkhälsoperspektiv. Vidare skall uppdrag till kommittén från regeringen om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet resp. handlingsplan mot tobak behandlas. Vår inriktning är att slutbetänkandet från kommittén – utöver preciseringar av hälsopolitiska mål, strategier och indikatorer efter remissbehandlingen av betänkandet – skall omfatta ett konkret aktörsperspektiv.

1.4.2 Syfte

Kommittén skall enligt direktiven sträva efter en bred samverkan med aktörer inom stat, landsting, kommun, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseorganisationer. I denna samverkan ingår att fortlöpande pröva olika förslag till nationella folkhälsomål i en bred dialog med berörda instanser. Kommitténs syfte med betänkandet är att få till stånd en sådan dialog om de preliminära mål och strategier som redovisas.

Med tanke på denna dialog har vi formulerat frågor för diskussion i ett särskilt kapitel – kapitel 12. Vi hänvisar därför till detta kapitel för en närmare precision av sådant som vi är särskilt intresserade av att få synpunkter på.

1.4.3 Läsanvisningar

Av redovisningen i kapitlet framgår hur betänkandet är upplagt i stora drag och vilka områden som är föremål för målsättning. Del 2 behandlar den etiska grunden för vårt arbete, vår vision om ett hälsvänligt samhälle, övergripande strategier och hälsopolitiska mål. Del 3 omfattar sakkapitel inom områdena arbetsliv och ekonomisk trygghet, sociala relationer, miljöfaktorer, rekreation, mat och fysisk aktivitet, droger, vissa sjukdomar och skador samt målgrupperna barn- och ungdom, äldre och invandrare. I sakkapitlen beskrivs och analyseras resp. faktorer i termer av förekomst och fördelning, orsaker och påverkansmöjligheter, aktuella mål och åtgärder samt nya mål och åtgärder. Dessa kapitel bedömer vi är intressanta för sitt sakunderlag och särskilt intressanta för aktörer som har en inriktning i folkhälsoarbetet mot de olika sakfrågor som tas upp här.

DEL 2 – EN NATIONELL
STRATEGI FÖR FOLKHÄLSAN
– VISIONER OCH HÄLSO-
POLITISKA MÅL

2 Etiska utgångspunkter och prioriteringskriterier

2.1 Inledning

Med material från de underlagsrapporter som vi har beskrivit i kapitel 1 redovisar vi i kapitlen 4–11 mål och delmål som vi anser är viktiga för att få till stånd en förbättrad och mer jämlik hälsa i Sverige under de kommande åren. Målen är inte inbördes prioriterade. Målen bygger på vetenskapliga underlag och bedöms vara av stort värde för alla de myndigheter, organisationer och lokala verksamheter som har ansvar för eller är engagerade i något av de områden som anges. För att fungera som underlag för en nationell hälsopolitisk strategi behöver dock målen prioriteras och reduceras till ett mindre antal särskilt angelägna mål. Tydliga prioriteringar och målformuleringar bör baseras på vissa etiska ställningstaganden. Vidare bör de ta sin utgångspunkt i en bedömning av vad som är de viktigaste dragen i den pågående hälsoutvecklingen och de hälsopolitiska utmaningar som de kommande årens samhällsutveckling sannolikt kommer att ställa oss inför.

I detta kapitel redovisas några etiska utgångspunkter och kriterier för prioritering som vi bedömer kan leda till en hälsopolitik som är effektiv i medlen och jämlik i utfallet. Tendenserna i den pågående hälsoutvecklingen liksom aktuella hälsopolitiska utmaningar tas upp i kapitel 3. Där redovisas även en vision för ett hälsovänligt samhälle samt övergripande strategier och hälsopolitiska mål i en samlad nationell strategi för folkhälsan.

2.2 Etik, jämlikhet och hälsa

Det har länge varit en grundläggande utgångspunkt i svensk socialpolitik och hälsopolitik att bygga på vad som brukar betecknas som den humanistiska människosynen. Den var vägledande för de etiska ställningstagandena både i Handikapputredningen (SOU 1991:46) och i

Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5). Humanismen som förhållningssätt innebär att alla människors värde är lika. Individen ses som en aktivt handlande, ansvarig social varelse som strävar efter att forma sina levnadsvillkor i enlighet med sina önskemål och behov, men också att i ett demokratisk sammanhang ta medansvar för helheten och andras bästa. Därmed tar man avstånd från en deterministisk syn på människan som passivt styrd av ödet, arvsynden, sina biologiska eller genetiska egenskaper eller av sina ekonomiska och sociala villkor. Det innebär att alla skall ha likvärdiga möjligheter till utveckling i olika viktiga avseenden och att välja det sätt som man vill söka tillfredsställa sina mål och behov på. Målet för samhällsutvecklingen beskrivs enligt detta synsätt ofta som att förverkliga en strävan mot full *delaktighet* och *jämlikhet*.

2.2.1 Maximering av hälsan – oavsett jämlikhet

I ett långt historiskt perspektiv formades de första hälsopolitiska initiativen för 300 år sedan som ett av statens verktyg för att stärka de framväxande europeiska nationerna. Avgörande för en nations överlevnad och framgång var befolkningens storlek och hälsa. Den så kallade "politiska aritmetiken" handlade om att maximera det samlade antalet arbetsdugliga soldater, bönder och arbetare, och man insåg tidigt att inte bara fruktsamheten utan även insatser mot exempelvis barnadödligheten tillhörde frågor av högsta nationella intresse.¹ Inga stater på den tiden formade dock någon egentlig nationell hälsopolitik. Man saknade både kunskap och administrativ kapacitet för detta, utan det praktiska arbetet bedrevs på lokal nivå – av städernas förvaltningar. Man insåg tidigt att fattigdom var en orsak till, men också en effekt av dålig hälsa – för individer och för nationer. Men människors hälsa var i första hand till för statens skull, inte tvärtom.

Det var också under denna period som en nära besläktad tankegång växte fram – utilitarismen. Den är en typ av moralisk doktrin som innebär att samhället skall söka maximera den allmänna välfärden (i betydelsen välbefinnande eller tillfredsställelse av individuella önskemål) beräknat som summan av alla individers välfärd.² Det är en princip som i hög grad har varit och är styrande för tänkandet inom nationalekonomi och välfärdsanalys. Översätter vi välfärd till hälsa betyder det att

¹ Rosen G. *A History of Public Health*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press 1993 (1958).

² Hare RM. *Ethical Theory and Utilitarianism*. In: Sen A, Williams B. (eds) *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge. Cambridge University Press 1982.

samhället skall sträva efter att maximera antalet år med god hälsa som befolkningen får leva oavsett hur hälsan fördelas. Effektivitet går enligt detta synsätt före jämlikhet. Denna princip tar således inte hänsyn till välfärdens fördelning utom i betydelsen att välfärden är lika mycket värd oavsett vem som har den. Det är enligt detta synsätt lika mycket värt att förbättra hälsan för individer som endast har någon lättare åkomma som att åstadkomma förbättringar för de redan svårt sjuka. Även om det kan låta rättvist i betydelsen alla människors lika värde, får det dock enligt vår mening oacceptabla konsekvenser i förhållande till människovärdesprincipen och behovs – eller solidaritetsprincipen (SOU 1995:5) som kräver att de svårast sjuka går före.

2.2.2 Jämlikhet i ohälsans konsekvenser eller orsaker?

Amartya Sen har påpekat att jämlikhet i ett avseende kan vara och *de facto* oftast är förknippat med ojämlikhet i andra avseenden och att det därför blir mycket viktigt att vara tydlig i vilka avseenden vi avser att jämlikhet skall eftersträvas.³ Att enbart kräva jämlikhet i vissa friheter och rättigheter⁴ kommer att skapa ojämlikhet i andra som exempelvis inkomst. Att å andra sidan kräva ökad jämlikhet i inkomst förutsätter att samhället måste göra vissa ingrepp i människors frihet (krav på betalning av skatt exempelvis). Att endast tillförsäkra jämlikhet i tillgång till skolans grundutbildning och inte söka kompensera de särskilda behov som en del barn kan ha på grund av sitt sociala eller psykiska utgångsläge skapar ojämlikhet i skolresultat och yrkesval och därmed i hälsa (se avsnitt 11.2 och underlagsrapport nr 11⁵).

Ofta kan situationen vara den att om vi inom en given resursram söker maximera nyttan för befolkningen totalt enligt utilitaristiska principer, kan det innebära att insatserna får störst effekt för dem som redan har en bra välfärd och att man därmed ökar klyftorna eller till och med tvingas försämra situationen för vissa. Det kan således bli en motsättning mellan kravet på (utilitaristisk) effektivitet och kravet på jämlikhet. Samtidigt är det uppenbart att kravet på jämlikhet inte kan ske på bekostnad av grundläggande demokratiska fri- och rättigheter ens för ett fåtal i samhället.

³ Sen A. *Inequality Re-examined*. Cambridge MA. Harvard University Press 1992.

⁴ Nozick R. *Anarchy, State and Utopia*. London, Blackwell 1974.

⁵ Nationella folkhälsokommittén. *Barn och ungdom*. Rapport från arbetsgruppen Barn och ungdom. Rapport nr 11. Stockholm 1999.

Problemet är därför enligt vår mening inte bara i vilka avseenden som jämlikhet ska prioriteras utan också i vilken utsträckning och till vilket pris. Den amerikanske filosofen John Rawls har utvecklat principer om rättvisa som kommit att få stort inflytande på diskussionen i många länder inklusive Sverige.⁶ Hans teori om "justice as fairness" har han sammanfattat i två principer. Den primära och överordnade principen säger att alla individer har samma rätt till fullständiga friheter som är förenliga med samma friheter för alla. Här handlar det om de friheter och rättigheter som i Sverige garanteras i grundlagen. Den sekundära principen innebär att ojämlikhet i friheter, rättigheter och grundläggande resurser, för att vara rättvisa, måste uppfylla två kriterier. Det ena innebär att de måste vara knutna till sociala positioner i samhället som alla medborgare i princip har samma möjlighet att konkurrera om. Det andra kravet som också skall vara uppfyllt innebär att ojämlikheten måste vara till nytta för de minst gynnade i samhället. Det senare betyder att exempelvis inkomstskillnader kan accepteras i den utsträckning som de är nödvändiga för att upprätthålla den produktivitet som krävs för att finansiera en effektiv sjukvård tillgänglig för de minst gynnade medborgarna. Jämlikheten skall enligt Rawls således vara ett instrument för effektiviteten och inte tvärtom. Dessa rättvisepprinciper tar därmed avstånd från utilitarismen.

Frågan är om dessa resonemang är relevanta för hälsopolitiken. Man kan allra först konstatera att olikheter i sjukdomars konsekvenser i termer av livslängd och livskvalitet i sig knappast kan vara rättvisa enligt Rawls kriterier. Frågan blir i stället vilken fördelning av ohälsans orsaker som kan vara det. Det är frestande att direkt utesluta orsaker som är knutna till kön, åldrandeprocesser och ärftlighet från diskussionen som opåverkbara och därför knappast orättvisa. Men gränserna blir allt mera flytande. Redovisningen i kapitel 3 om de förändrade könsskillnaderna i medellivslängd illustrerar detta. Vi vet också att åldrandeprocesser går olika fort hos människor i olika samhällsklasser.⁷ Och ärftliga faktorer är inte så opåverkbara som de en gång var. Så gränsen mellan vad som är opåverkligt och vad som är påverkligt och därmed kanske orättvist är flytande och beror på vad vi vet om orsaksmekanismerna och våra möjligheter att påverka dem.

Rawls behandlar inte hälsa direkt utan de dimensioner som är aktuella när han diskuterar ojämlikheter gäller "primära" resurser som "rättigheter, friheter och möjligheter, inkomst och förmögenhet, och den

⁶ Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge MA: Harvard University Press 1971.

⁷ Nilsson P. Tidigt åldrande – modell för samspel mellan arv och miljö. *Läkartidningen* 1998;95:3058–3060.

sociala basen för självrespekt". Det handlar alltså om resurser och inte som i ekonomisk teori om "nytta" i termer av välbefinnande och tillfredsställelse av preferenser. Man kan kanske hävda att "möjligheter" i Rawls terminologi inkluderar hälsa som onekligen är en viktig förutsättning för människor att förverkliga sin behov⁸, men man kan också som Amartya Sen⁹ se de primära resurserna som förutsättningar för hälsa. Det blir då viktigt att inse att både individuella och samhällsliga förhållanden är viktiga för hur dessa förutsättningar faktisk omsätts i god hälsa. Sen tar exempel just från hälsoområdet. En människa med funktionsnedsättning kan inte omsätta en given inkomst i samma friheter i sin livsföring som friska utan kan behöva ett särskilt stöd för att få en jämlik välfärd och delaktighet. En jämlik inkomstfördelning behöver därför inte betyda jämlikhet i välfärd i betydelsen människors möjligheter att tillfredsställa grundläggande önskemål och behov. På samma sätt vet vi att effekten på hälsotillståndet av ekonomiska svårigheter är beroende av andra förhållanden som exempelvis om individen är arbetslös eller studerande och vilka trygghetssystem som i övrigt finns tillgängliga om situationen kräver det (se avsnitt 4.3 och underlagsrapport nr 2¹⁰).

Det har sedan Låginkomstutredningens¹¹ dagar varit en väl förankrad tradition i svensk välfärdspolitik och välfärdsforskning att i likhet med Sen och i överensstämmelse med den humanistiska människosynen hävda att det är individens frihet att medvetet kontrollera och styra sina levnadsvillkor som är den avgörande välfärdsdimensionen efter vilken både effektivitet och jämlikhet ska prövas.¹² För hälsopolitiken innebär detta, som vi redan varit inne på, att det är sjukdomarnas betydelse för människors möjlighet att välja och påverka sina levnadsvillkor som blir avgörande. Därmed blir det sjukdomsördan mätt i termer av *för tidig död och handikapp* som blir det relevanta effektmåttet på befolkningsnivån. Det blir alltså enligt detta synsätt inte ohälsa i betydelsen biologisk avvikelse eller nedsatt välbefinnande, utan just handikapp i betydelsen samspel mellan funktion och miljö.

⁸ Daniels N. *Just Health Care*. New York. Cambridge University Press 1985.

⁹ Sen A. *Inequality Re-examined*. a.a.

¹⁰ Nationella folkhälsokommittén. *Ekonomisk försörjning och hälsa*. Rapport från arbetsgruppen Ekonomisk trygghet. Rapport nr 2. Stockholm 1999.

¹¹ Låginkomstutredningen är en statlig utredning som arbetade under åren 1965–1971 för att kartlägga låginkomsttagarnas problem. Utredningen gjorde levnadsnivåundersökningar och publicerade sina resultat i ett stort antal rapporter.

¹² Johansson S. *Om Levnadsnivåundersökningen*. Stockholm. Låginkomstutredningen/Allmänna Förlaget 1970.

Slutsatsen av hela detta resonemang hamnar alltså i något som ligger mycket nära Handikapputredningens slutsats, nämligen att det är jämlikhet i sjuklighetens konsekvenser för människors möjligheter att kontrollera och styra sina livsvillkor som är avgörande. En prioritering av åtgärder mot ohälsans orsaker bör mot den bakgrunden göras efter i vilken mån åtgärderna kan bidra till denna jämlikhet. Detta blir i sin tur beroende på vad vi vet om orsaksmekanismerna.

Detta resonemang har implikationer för i varje fall tre viktiga premisser för vårt arbete med en nationell hälsopolitisk strategi – vår syn på hälsobegreppet, vår syn på fördelningen av sjukdomars orsaker och vår syn på balansen mellan effektivitet och jämlikhet i hälsopolitiken.

2.3 Hälsa- och sjukdomsbegrepp

Vi tenderar ständigt att tala om hälsa och folkhälsa, men när det kommer till att mäta och åtgärda brukar det ändå vara sjukdom, skador och självrapporterad ohälsa som vi ägnar oss åt. Det är en otillfredsställande situation som är ägnad att skapa oklarhet i hälsopolitikens mål och medel. Definitioner av hälsa och sjukdom har å andra sidan inget egenvärde utan ska värderas efter deras förmåga att vara *verktyg* i arbetet med att just *mäta* och *åtgärda*.¹³

När WHO år 1946 fastställde sin definition av hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp” var denna breda definition ett *verktyg* för dem som då ville argumentera för att hälsoutvecklingen i världen inte bara var en fråga om mera och bättre sjukvård och specifika sjukdomsförebyggande insatser utan också handlade om breda sociala reformsträvanden.¹⁴ De var övertygade om betydelsen av de ekonomiska och sociala livsvillkoren för individers och befolkningars hälsa. Det viktiga var således inte i första hand att ta avstånd från medicinska definitioner och klassifikationer av sjukdom och handikapp utan att bredda synen på möjliga orsaker till sjukdom. Under de föregående decennierna hade en uppfattning om att varje sjukdom hade sin specifika orsak blivit allt mera dominerande och man ville med det nya hälsobegreppet vända uppmärksamheten mot de samhällseliga orsakerna som en av flera bidragande orsaker till sjukdomarnas utveckling och

¹³ Hallqvist J, Janlert U. Vad är folkhälsa. I: Folkhälsogruppen. *Folkhälsans villkor*. Rapport nr 9. Stockholm 1991.

¹⁴ Evang K. *Helse og Samfunn*. Oslo, Gyldendal 1974.

fördelning i befolkningen.¹⁵ Definitionen har med framgång tjänat det syftet i och med att vår kunskap har ökat kraftigt under senare år om hur socioekonomiska och psykosociala förhållanden påverkar sjukdomars uppkomst och konsekvenser. Att studera sjukdom och inte hälsa har därmed knappast inneburit någon begränsning i synen på möjliga orsaker, vilket även detta betänkande ger goda belägg för.

På motsvarande sätt har det medicinska sjukdomsbegreppet inklusive WHO:s diagnosklassifikation (ICD) varit ett *verktyg* i det kliniska arbetet och nödvändigt för att kunna diagnosticera och behandla enskilda patienter. Det är också genom att epidemiologiskt och experimentellt studera enskilda sjukdomar och skadetyper som vi har skaffat oss en omfattande kunskap om orsaksmonster och orsaksbestämda mekanismer som är en helt avgörande förutsättning för ett modernt effektivt folkhälsoarbete. Diagnosklassifikationen är användbar för diagnostik och för att mäta sjukdomars förekomst och en av deras möjliga konsekvenser, nämligen dödsfall. Men den är inte till hjälp för att beskriva hur sjukdomar påverkar patienters funktionsförmåga, deras livsföring och deltagande i samhällslivet. Till detta syfte har WHO därför utvecklat en klassifikation av funktionsnedsättning och handikapp eller som det nu betecknas – delaktighet (ICIDH). Att se på frihet från sjukdom som en levnadsnivåkomponent som i samverkan med samhällets krav och möjligheter formar individens förutsättning att forma sitt liv som hon önskar, överensstämmer med det synsätt som vi ovan diskuterade i termer av den humanistiska människosynen.

I föregående betänkande (SOU 1998:43) pekade vi dock på att människor uppfattar hälsa som något annat än frånvaron av sjukdom. Enligt SCB:s ULF-undersökning år 1997 uppger över hälften av dem som har någon långvarig sjukdom (inklusive lindriga sådana) att de har en god hälsa, samtidigt som 15 procent av dem som rapporterar nedsatt hälsa inte redovisar någon sjukdom. Det betyder att man utöver att söka förebygga och behandla sjukdom, kan överväga hur man ska förbättra upplevelsen av hälsa bland de som är långvarigt sjuka men också hur man kan bevara hälsan bland de friska. Långvarigt sjukas upplevelse av hälsa är starkt relaterad till deras sociala och ekonomiska situation, och det hälsofrämjande arbetet bland sjuka är därför en viktig fråga inte bara för sjukvården utan även för andra delar av välfärdspolitiken. De få procent av befolkningen som uppger sig ha nedsatt hälsa men inte rapporterar någon sjukdom visar sig i svenska studier ha en kraftigt

¹⁵ Evang K. Helsebegrep – Sykdomsbegrep. I: Ringen A (red) *Helsepolitikk og samfunn*. Oslo, Tidens Norsk Forlag 1978.

förhöjd dödlighet åren efter intervjun¹⁶ och därmed har många av dem sannolikt ändå en pågående sjukdomsprocess. Det blir således osäkert om nedsatt hälsa i den betydelsen som befolkningen använder ordet egentligen finns utan förekomst av sjukdom såsom sjukvården definierar det.

På samma sätt som vid WHO:s tillblivelse har det även under senare år framförts kritik av ett snävt biomedicinskt sjukdomsbegrepp. Även om mycket av kritiken främst har handlat om att det förmodas leda till en snäv syn på orsaker och åtgärder¹⁷ kan det dock finnas goda skäl att söka definiera hälsa i positiv bemärkelse och i en annan dimension än frånvaron av sjukdom. De flesta sådana definitioner har betonat välbefinnande och förmåga till handling och att individen kan realisera vitala mål.¹⁸ Det har dock knappast bragt mätproblemet närmare en lösning. Å andra sidan tillhandahåller det system för levnadsnivåmätning som redan finns utvecklat en god bild av människors resurser och handlingsmöjligheter av det slag som är relevant och av samhället påverkbart. I och med att mätproblemet för hälsa i snäv bemärkelse till stor del kvarstår har forskningen om hälsans orsaker (i motsats till sjukdomars orsaker) inte kunnat bidra med särskilt mycket underlag för att vägleda hälsopolitiken. Man måste då slutligen ta ställning till om brister i välbefinnande och i handlingsförmåga som *inte* är effekter av eller har effekter på sjukdom och skada är hälsofrågor. *Vi anser att detta är ett angeläget område för samhället, men att frågor om levnadsnivå, livskvalitet och välbefinnande som inte har någon orsaksrelation till sjukdom och ohälsa hör till den bredare välfärdspolitiken.*

Det finns tre viktiga slutsatser att dra från detta resonemang. Den ena handlar om vikten av ett brett synsätt på sjukdomars och skadors orsaker. Varje hälsoproblem har många olika bidragande orsaker som hänger ihop i "kausala nät" på så sätt att de påverkar varandras förekomst och effekt. En sjukdom som hjärtinfarkt utlöses bl.a. av biologiska förändringar i kranskärlens vägg, som i sin tur påverkas av kemiska ämnen i tobaksröken. Risken för kroppen att vara utsatt för tobaksrök, påverkas av individens beteende som i sin tur påverkas av individens kunskaper, samhällets normer, tobakens pris vilket i sin tur påverkas av svensk skattepolitik, europeisk jordbrukspolitik etc. etc. Det är inte meningsfullt att utse ett led i denna kedja till *orsaken*, utan var vi

¹⁶ Burström B: Self-rated health and mortality – does illness, social class and gender modify the relationship? (in manuscript, Karolinska Institutet 1999).

¹⁷ Nationella folkhälsokommittén. *Psykisk hälsa*. Rapport från arbetsgruppen Psykisk hälsa. Rapport nr 10. Stockholm 1999.

¹⁸ Nordenfelt L. *Livskvalitet och hälsa: Teori och kritik*. Stockholm. Almqvist och Wiksell 1991.

ska intervenser i kedjan beror på effektiviteten i olika åtgärder och jämlikheten i hälsoutfallet av dessa åtgärder.

Den andra slutsatsen är att när vi här sätter fokus på orsaker till sjukdom och ohälsa betyder det inte att vi i förslag till insatser är begränsade till vad som kan definieras som riskfaktorer. Många av våra förslag kommer att handla om att främja hälsa på områden där vi har vetenskapligt underlag för att säga att avsaknaden av insatser skulle kunna leda till ohälsa. Vi vill med det synsättet också markera att ett hälsofrämjande arbete och ett sjukdomsförebyggande arbete ofta går hand i hand. Vi har för vår del svårt att se att det skulle innebära någon motsättning att arbeta parallellt med dessa synsätt. Att i praktiken driva en aktiv hälsopolitik som främjar hälsa och motverkar sjukdom hos befolkningen förenar i sina politiska åtgärder det som traditionellt definieras både som frisk- och riskfaktorer.

Den tredje slutsatsen handlar om hur vi skall mäta sjukdom och sjukdomskonsekvenser. Som har redovisats i kapitel 1 kräver tillämpningen av sådana beräkningar att man gör vissa etiska ställningstaganden. Vi konstaterar att en svensk och internationell debatt pågår i fråga om DALY:s. Med tanke på bl.a. detta är vi inte för närvarande beredda att ta ställning till DALY-måttet som sådant eller till den etiska problematik som är förknippad med att ange vikter för olika sjukdomstillstånd och att jämföra och åtgärda sjukdomar mot bakgrund av dessa vikter. Vi återkommer till frågan i vårt slutbetänkande.

2.4 Kriterier för prioritering av sjukdomsorsaker – effektivitet och jämlikhet

Kommittén har valt att formulera mål kring sjukdomars, skadors och den egenrapporterade ohälsans orsaker främst därför att det är förekomsten av dessa orsaker som det primärpreventiva arbetet syftar till att påverka. Därtill kommer att en och samma exponering ofta är en bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador. Dessutom kan en och samma faktor t.ex. i arbetsmiljön både vara en orsak till sjukdom och en faktor som påverkar konsekvenserna av att vara sjuk, t.ex. möjligheterna till fortsatt sysselsättning för de redan sjuka. Det är också ett sätt att betona att flera olika samhällssektorer är "ägare" av problemet och inte främst sjukvården som arbetar med sjukdomars konsekvenser framför deras orsaker.

Frågan är nu hur de krav på jämlikhet och effektivitet i arbetet med att påverka sjukdomar och deras konsekvenser som diskuterats ovan kan

omsättas i en uppfattning om vilka orsaker som bör påverkas och hos vilka delar av befolkningen som man främst bör söka påverka dem. Figur 2.1 innehåller de nyckelbegrepp som ingår i en sådan analys samt deras inbördes samband, och kan därmed vara ett stöd för tanken i detta arbete.

Figur 2.1. En modell för att strukturera hur hälsopolitiken kan påverka sjukdomars förekomst, fördelning och konsekvenser.¹⁹

Figuren finns endast i den tryckta upplagan.

Samhället och individerna skapar sociala positioner (A) i termer av företagare, löntagare, yrkesgrupper m.m. Till varje position är knutet olika förhållanden som är viktiga för hälsan som t.ex. inflytande, inkomster och arbetsmiljö. Människor söker sig till olika positioner beroende på sin bakgrund, utbildning, kön, hälsa etc. Deras hälsa blir därmed i varje enskilt fall en kombinerad effekt av de sjukdomsorsaker som beror på individuella förutsättningar (arv, uppväxt etc.) och de faktorer som är knutna till deras position (I). Vi vet att effekten av olika sjukdomsorsaker påverkas av individens position, exempelvis att effekten av tobaksrökning på hjärtinfarkt är starkare bland LO-yrken därför att de är utsatta för andra orsaker till hjärtinfarkt samtidigt (II). Dessutom påverkar yrke, utbildning m.m. vilka konsekvenser som inträffad sjukdom får för möjligheterna till fortsatt sysselsättning, ekonomisk situation etc. (III).

¹⁹ Modell och referenser m.m. redovisas i Diderichsen F. *Understanding health equity in populations. I: Socialvetenskapliga forskningsrådet. Promoting Research on Inequality in Health.* Stockholm 1998.

Samhället med dess ekonomiska, politiska och ideologiska strukturer påverkar givetvis dessa tre mekanismer. Arbetarskydd, inkomstpolitik m.m. påverkar hur sambandet mellan yrke och olika sjukdomsorsaker i arbetsmiljö, arbetslöshet, ekonomisk stress etc. faktisk ser ut (B). Vi vet dessutom att den sociala miljön i termer av social sammanhållning, normbildning, skolor, trygghetssystem etc. påverkar sjukdomsförekomst och dessutom påverkar effekten av andra orsaker (C). Slutligen spelar arbetsmarknaden och socialförsäkringarna en stor roll för vilka sociala konsekvenser en given sjukdom får (D).

Sjukdomsorsaker. Den detaljerade redovisningen av möjligheter att påverka hälsoutvecklingen som senare redovisas i kapitel 4–11 tar sin utgångspunkt i den långa raden av sjukdomars bestämningsfaktorer som vi idag känner till. En riskfaktors betydelse för förekomsten av olika sjukdomar kan beräknas om man vet hur många som är exponerade och vilken effekt riskfaktorn har, dvs. hur stor skillnaden i sjukdomsförekomst är bland de exponerade jämfört med dem som inte är exponerade. Om man på befolkningsnivån vet hur många som röker i olika socialgrupper kan man också beräkna hur stor del av socialgruppskillnaden i sjuklighet som beror på olika rökvanor.²⁰

Här uppstår dock en komplikation. Även om rökare får hjärtinfarkt oftare än andra får de flesta enskilda personer som röker inte infarkt. Det behövs också "någonting annat" för att man ska bli sjuk. Effekten av en given riskfaktor eller friskfaktor beror alltså på vilka andra faktorer individen är utsatt för. Den japanska befolkningen har endast en fjärdedel så många hjärtinfarkter som den svenska, trots att de röker dubbelt så mycket som svenskarna. Det saknas alltså "någonting annat" i Japan som också är orsak till hjärtinfarkt. Eventuellt kan denna avsaknad ha sin grund i skyddsfaktorer som finns i Japan men inte i t.ex. Sverige. På samma sätt kan man konstatera att risken som är förknippad med att vara rökare är lägre bland svenska tjänstemän jämfört med dem som har arbetaryrken. Man brukar uttrycka det som att sårbarheten är högre bland arbetare därför att de är exponerade för andra bidragande orsaker till hjärtinfarkt. Det betyder att även om tobakskonsumtionen i arbetaryrken sjunker till samma nivå som i tjänstemannayrken kommer tobaken ändå att skörda flera offer i arbetargruppen om inte även andra bidragande orsaker påverkas. Liknande förhållanden finns sannolikt även för många andra riskfaktorer men vår kunskap är begränsad om detta. Fenomenet blir dock av allt större betydelse därför att utvecklingen går

²⁰ Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A: Is the effect of job strain due to interaction between high psychological demand and low decision latitude. *Soc Sci Med* 1998;46:1405–1415.

mot att samma individer är utsatta för både olika psykosociala faktorer och samtidigt riskfyllda levnadsvanor.

Att olika grupper och individer har ökad sårbarhet är en grundläggande observation som varit vägledande för många hälsopolitiska initiativ genom åren. Vi vet att barn under sitt första levnadsår är särskilt beroende av en trygg känslomässig anknytning, en sårbarhet som inte finns på samma sätt senare i livet. Vi börjar få en ökad kunskap om betydelsen av faktorer som hämmar barnets tillväxt under fostertiden. Det är en period av sårbarhet som sedan tillsammans med andra faktorer i vuxenlivet, exempelvis övervikt, kan öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar.²¹ En viktig målsättning för barnhälsovården har således varit att söka kompensera den stora sårbarheten i barnaåldern därför att det sedan kan bli mycket svårare att påverka. Att barn som växer upp under utsatta förhållanden eller med sjuka föräldrar kan hjälpas med individuellt stöd via socialt nätverk, förskola och skola är ett exempel på detta.

Social position. Människor intar olika sociala positioner i samhället relaterade till yrke och utbildning, men också kön, ålder och etnicitet. Det är de stora klyftorna i sjuklighet och dödlighet mellan människor i olika sociala positioner som uppfattats som särskilt problematiska därför att de är skapade av de mekanismer i samhället som generar och fördelar makt och välstånd till olika sociala positioner. Den sociala positionen i samhället påverkar därmed i hög grad vilka risk- och friskfaktorer man utsätts för. Därför kommer förhållanden under barndomen och ungdomsåren som påverkar utbildning och yrkesval att få stor betydelse för individens hälsoutveckling. Barnens uppväxtmiljö, stödet till småbarnsfamiljer och förhållanden i förskola och skola blir centrala hälsopolitiska arenor och verktyg. Och det blir som betonas i Rawls principer avgörande för rättvisan i ett samhälle att sociala positioner är öppna för alla utan diskriminering. Den ökande utslagningen av personer med låg utbildning och dålig hälsa är således ett viktigt problem i detta perspektiv.

Social miljö. Många riskfaktorer som rökning, arbetslöshet och social isolering är förhållanden som finns hos enskilda individer. Vi har lärt oss sedan länge när det gäller psykiska sjukdomar, och numera även för somatiska sjukdomar och skador, att den sociala miljön i samhället (lokalt och i större skala) har betydelse för människors hälsa. I Under-

²¹ Barker D. Fetal origins of cardiovascular disease. *Ann Med* 1999;31:suppl. 1:3-6.

lagsrapport 4²² och i avsnitt 5.2 diskuteras detta närmare. På samma sätt som individens sociala nätverk – även ett ytligt sådant – kan vara en riskfaktor, är samhällets sociala kontext – det ”kitt” som skapas av tillit, solidaritet och sammanhållning mellan individer och mellan medborgare och samhälle – förhållanden som förefaller påverka risken för många olika hälsoproblem. Det har kulturella och historiska förutsättningar, men det vidmakthålls i hög grad av välfärdspolitikens utformning, inklusive inkomstfördelning, bostadssegregation och arbetsmarknad. Det är förhållanden som påverkar hur olika grupper utsätts för olika individuella hälsorisker, men det är också förhållanden som i sig påverkar sjukdomsrisker, ibland genom att skydda för effekten av andra risker. Det faktum att fattigdom förefaller att ha mindre hälsoeffekter i Sverige än i många andra länder, har tolkats som en skyddande effekt av den generella välfärdspolitikerna (se avsnitt 4.3 och underlagsrapport 2) men även av att Sverige är rikt på socialt kapital genom bl.a. en omfattande föreningsverksamhet (se avsnitt 5.2).

Sjukdomskonsekvenser. Slutligen har många förhållanden i samhället inte bara betydelse för risken att bli sjuk utan också för innebörden av att vara sjuk. Mycket höga arbetskrav kan vara en riskfaktor för vissa psykiska och psykosomatiska besvär men samtidigt försvårar de möjligheterna för dem som redan är sjuka att vara kvar i arbetet och hotar därmed på två olika sätt vad vi ovan betecknade som delaktighet och jämlikhet. Det kan gälla enskilda riskfaktorer, men människors sociala position i termer av yrke, kön, etnicitet är också avgörande för vilka konsekvenser sjukdom får. Den sociala miljön och socialpolitiken har givetvis också en avgörande inverkan på sjukdomskonsekvenserna. De sociala och ekonomiska effekterna av även lindrig sjukdom påverkar förloppet av sjukdomen och därmed kan sjukligheten hos grupper som redan har högre sjuklighet förvärras. De nämnda effekterna påverkar därmed hälsoklyftorna. I det mått på sjukdomsbördan som har redovisats i kapitel 1 har sjukdomskonsekvenserna av dödlighet och sjuklighet inkl. funktionsnedsättning vägts ihop till ett mått som kan redovisas för olika diagnoser, och för olika delar av befolkningen uppdelat på ålder, kön, region och sociala grupper.

I prioriteringen av vilka av ohälsans bestämningsfaktorer som ska påverkas bör vi således i möjligaste mån söka bedöma följande fem förhållanden för varje riskfaktor:

²² Nationella folkhälsokommittén. *Sociala relationer*. Rapport från arbetsgruppen Sociala relationer. Rapport nr 4. Stockholm 1999.

- Förekomst av riskfaktorn i olika befolkningsgrupper i befolkningen totalt och efter ålder, kön, klass, etnicitet och region.
- Riskfaktorns tendens att förekomma tillsammans med andra riskfaktorer som är del av samma orsakskedja.
- Riskfaktorns effekt på olika sjukdomar och skador inkl. i vilken mån effekten varierar mellan befolkningsgrupper med olika position och kontext enligt ovan.
- Riskfaktorns betydelse för både sjukdomsrisk och för sjukdomskonsekvenser i den mån den påverkar detta utöver effekten på sjukdomsförekomst.
- Sjukdomsbördan för de olika sjukdomar och skador som är en effekt av riskfaktorn.

Det är självklart att vi i långa stycken saknar kunskap om alla dessa detaljer. Listan har sin främsta funktion i att peka på vad vi ska söka efter och vilken ny kunskap som kan behövas för att skapa en hälsopolitik som är både effektiv i medlen och jämlik i resultatet.

2.5 Effektivitet, jämlikhet och legitimitet i hälsopolitiken

De etiska utgångspunkterna för en rättvis samhällsutveckling uppställde enligt Rawls kravet att ojämlikhet kan accepteras om det är till gagn för de mest utsatta. Ojämlikhet i hälsa är som ovan sagts knappast till gagn för någon men däremot kan ojämlikhet i riskfaktorernas förekomst tänkas vara det, till och med för dem som redan har den sämsta hälsan. Det finns flera skäl till detta:

- Människors hälsochanser är starkt knutna till den sociala position som de lyckas inta i samhället, men på samma sätt som vi anser att sjukvårdens tjänster ska fördelas efter behov i första hand så brukar vi anse att sociala positioner ska fördelas efter kvalifikationer och inget annat. Det betyder att människor som har haft mindre hälsofrämjande uppväxtvillkor också ofta har haft sämst möjligheter att få de hälsofrämjande jobben och levnadsvillkoren som vuxna. Det är allt annat än jämlikt, men det skulle vara ineffektivt för samhället att söka göra på något annat sätt, och därmed hota den gemensamma finansieringen av viktiga skyddsstrukturer för bl.a. den utsatta gruppen.²³ I sådana skyddsstrukturer kan ingå olika medel för påverkan

²³ Sen A. *Inequality Re-examined*. a.a.

av de livsvillkor som är knutna till olika sociala positioner och särskilt villkoren för utsatta grupper.

- Att inkomst, arbetssituation och inflytande är knutna till utbildning och social position anses ofta var ett nödvändigt incitament och diskussionen handlar i första hand om hur stark denna koppling ska vara, dvs. hur stora inkomstklyftor m.m. som behövs. Som redovisas i underlagsrapporterna 2 och 4 finns en växande kunskapsmassa som talar för att balansen mellan ekonomisk tillväxt och inkomstfördelning i vissa områden och länder har hamnat på en nivå som hotar hälsan för hela befolkningen och inte bara dem som tjänar minst. Här finns alltså ett tydligt exempel på att det är en mycket angelägen uppgift att granska arbetsmarknads- och fördelningspolitiken med avseende på hur balansen mellan tillväxt och fördelning ska optimeras från hälsosynpunkt.²⁴
- Vi pekar senare i kapitlen 3 och 4 på arbetslivets ökade krav på flexibilitet. Det hävdas ibland att ett nödvändigt incitament för att åstadkomma en hög beredvillighet bland arbetsgivare och anställda för denna flexibilitet är att de system som ökar tryggheten i anställningen förändras. Andra har hävdat att det är just tryggheten som gör människor mera rörliga därför att de har mindre att förlora på att misslyckas²⁵ och att trygghetssystemen, solidarisk lönepolitik m.m. på arbetsmarknaden är en förutsättning för att det ska gå att genomföra snabba strukturförändringar. Det innebär att det på områden av stor betydelse för folkhälsan kanske inte alls behöver finnas någon inneboende motsättning mellan effektivitet och jämlikhet.
- Den svenska välfärdsmodellen bygger på att hälso- och socialpolitiken ska gälla för hela befolkningen och inte bara för dem som har svårt att få eller behålla ett arbete. Att upprätthålla ett brett stöd för ett sådant system och de kostnader det genererar kräver dock att systemet är tillräckligt finmaskigt för att människor inte skall hamna utanför det. Vidare krävs att grundnivån i systemet är tillräcklig och att människor därutöver upplever att de får ersättningar vid inkomstbortfall som i hög grad motsvarar vad de tjänar. Därmed måste en viss ojämlikhet upprätthållas av legitimitetsskäl mera än av

²⁴ Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson R. *Society and Population Health Reader: Income Inequality and Health*. New York. New Press 1999.

²⁵ Van den Berg A, Furåker B, Johansson L. *Labour market regimes and patterns of flexibility. A Sweden-Canada comparison*. Lund. Arkiv Förlag 1997.

effektivitetsskäl.²⁶ Just därigenom har länder med en socialpolitik av detta slag i det långa loppet kunnat upprätthålla en större jämlikhet i inkomstfördelningen än andra länder.²⁷

- Människors livsstil har stor inverkan på deras hälsa, men människor väljer sällan livsstil av främst hälsoskäl. Livsstilen är ett uttryck för hur människor tolkar sina livsvillkor och samtidigt uttrycker sin identitet och sociala tillhörighet. Livsstilen är därmed ett sätt att ge livet mening och innehåll och att uttrycka samhörighet med några och avståndstagande till andra. Den kommer till uttryck på en mängd områden såsom klädsel, kostvanor, semesterresor, vilka tidningar vi läser, vilket vin vi dricker, vilka skolor våra barn skickas till etc. Eftersom livsstilen har att göra med så mycket mer än hälsorisker är det en stor utmaning att forma en solidarisk hälsopolitik som skapar förutsättningar och motiv för dem som mest behöver det att förändra sina levnadsvanor. En sådan politik kan innebära restriktioner som berör alla, men även särskild kompensation eller stöd till de som är mest utsatta för livsstilsrisker.

2.6 Individens resp. samhällets ansvar

Den enskilda individen i sin familj och med sitt sociala nätverk har ett grundläggande ansvar för sin egen hälsa. Föräldrar och andra vuxna har ansvar och måste vara förebilder för de unga. Möjligheterna att ta detta ansvar underlättas om individerna och hushållen har ekonomiska och sociala resurser för att styra sina egna liv och om hälsopolitiken och samhällspolitiken i stort utformas med individens behov av integritet som grund. Samhällets insats blir då väsentligen att skapa stödjande strukturer och miljöer för att bevara och förbättra befolkningens hälsa resp. att förebygga, uppskjuta och minska konsekvenserna av sjukdom. Till detta skall läggas att skydd för befolkningens hälsa i vissa fall kan behöva ett kraftfullt ingripande t.ex. genom skydd mot smittsamma sjukdomar eller genom regler så att barn och ungdomar dels inte utsätts för passiv rökning, dels inte lockas att börja röka när vi nu vet att tobak är den främsta enskilda riskfaktorn för sjukdom och död. Vidare kan samhällets information om olika risk- och friskfaktorer för hälsa i vissa fall behöva kompletteras med särskilda resursinsatser resp. erbjudanden

²⁶ Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge Polity Press 1990.

²⁷ Korpi W, Palme J, The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review* 1998; 63: 661–687.

om stöd för hälsosamma val. Dessa och andra avgränsningar som berör effektivitet och jämlikhet i hälso- och välfärdspolitiken återkommer vi till i de följande kapitlen.

3 Vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa

3.1 Inledning

Det vetenskapliga underlaget i underlagsrapporterna och i kapitlen 4–11 beskriver förekomst, fördelning och hälsoeffekter i befolkningen av olika risk- och friskfaktorer m.m. Där redovisas också vad som är möjligt att påverka. De etiska utgångspunkterna i kapitel 2 anger vad som är önskvärt att betona. I detta kapitel redogör vi för de viktigaste dragen i den pågående hälsoutvecklingen (avsnitt 3.2) och de hälsopolitiska utmaningar som de kommande årens samhällsutveckling sannolikt kommer att ställa oss inför (avsnitt 3.3). Denna analys av den pågående hälsoutvecklingen tar fasta på vad som är den sannolika hälsoutvecklingen om inte de hälsopolitiska utmaningarna möts på ett lämpligt sätt. Dessa tre bilder av vad som är möjligt, önskvärt och sannolikt vävs sedan samman till en vision och övergripande strategier med inriktning på de viktigaste förutsättningarna för en positiv och jämlik hälsoutveckling (avsnitt 3.5). Denna vision och dessa strategier konkretiseras i ett antal mätbara hälsopolitiska mål (avsnitt 3.5). Vision, strategier och hälsopolitiska mål utgör komponenter i en samlad nationell strategi för folkhälsan. Indikatorer och mått med avseende på målen diskuteras i avsnitt 3.4 och redovisas i anknytning till strategierna och målen (avsnitt 3.5). Förslag om mer konkreta åtgärder för att förverkliga strategierna finns i kapitlen 4–11.

3.2 Tre viktiga drag i senare års hälsoutveckling

Hälsoutvecklingen i Sverige som i detalj redovisades i vårt förra delbetänkande (SOU 1998:43) omfattar flera mycket positiva förändringar, många kvarstående stora folkhälsoproblem och vissa försämringar under senare år som kan vara värda att uppmärksamma.

3.2.1 Den stadigt ökande medellivslängden

Medellivslängden ökar sedan länge stadigt i den svenska befolkningen och visar ännu inte några tecken till stagnation. Från år 1986 till år 1996 ökade den med 2,2 år och den föregående 10-årsperioden med 2,1 år. I EU är ökningstakten i stort sett densamma, varför Sverige behåller sitt försprång. I USA har ökningstakten varit lägre medan den i Japan har varit högre.

Tabell 3.1. Medellivslängden i Sverige och vissa andra länder 1976–96.

År	Kvinnor			Män		
	1976	1986	1996	1976	1986	1996
Sverige	78,1	80,3	81,8	72,2	74,1	76,7
EU	76,2	78,8	80,8	69,7	72,1	74,2
USA	76,8	78,2	79,4	69,1	71,2	72,7
Japan	77,4	80,9	83,6	72,2	75,2	77,0

Källa: OECD Health Data 1998.

SCB:s senaste befolkningsprognos från år 1998 räknar med att ytterligare 2 års ökning av medellivslängden uppnås år 2010, medan en därpå följande 2-årig ökning uppnås först 25 år senare. Genom att männens medellivslängd allt mera kommer ikapp kvinnornas förväntas skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd ha minskat från sitt högsta värde år 1979 på 6,4 år till år 2035 på närmare 4 år. Redan i dag finner vi i utpräglade höginkomstområden runt storstäderna kommuner där skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor endast är 3 år.¹ En stor del av könsskillnaderna i dödlighet är därför troligtvis socioekonomiska mera än biologiska. I och med att det är relativt små födelseårgångar som nu blir äldre leder den sjunkande dödligheten inte till någon omedelbar åldringsexplosion och därav följande förändring av sjukdomsmönstret. Andelen äldre över 74 år kommer endast att öka från dagens 8,9 procent till 10,2 procent om tjugo år.

Det är de dödsorsaker som skapar männens överdödlighet som främst minskar. Omkring hälften av minskningen kan tillskrivas en minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom. Minskningen av dödsfall i skador står också för en betydande del, medan ökad överlevnad i cancer och andra sjukdomar står för en mindre del. Sverige avviker inte särskilt mycket från övriga EU vad gäller dessa förändringar i dödsorsaksmönster. Många förändringar i levnadsvillkor och levnadsvanor har spelat en roll,

¹ Stockholms Läns Landsting. *Folkhälsorapport 1999*. Stockholm 1999.

men ett förhållande av stor kvantitativ betydelse är att cigarettkonsumtionen i Sverige sedan år 1976 har minskat med närmare 50 procent, medan den i EU har minskat med endast 10 procent under samma period. Systematiska insatser i trafiksektorn och arbetslivet har medverkat till sjunkande skadedödighet.

I motsats till vad man kanske kunde förvänta sig är det inte sjuka år vi lägger till livet, i alla fall inte de sista åren i livet. För åldersgruppen 45–84 år kan vi konstatera att hälsa och funktionsförmåga har förbättrats avsevärt under 30 år. Däremot finns det flera indikationer på att sjukligheten bland yngre ökar.

3.2.2 Psykiska och psykosomatiska besvär ökar – särskilt hos yngre kvinnor i arbeten med låga utbildningskrav

Många indikatorer pekar på en försämrad hälsa för yngre, särskilt kvinnor, under senare år. Under 1980-talet ökade förekomsten av besvär från rörelseorganen framför allt i form av värk i nacke och skuldror, medan 1990-talet karakteriseras av ökade psykiska besvär hos denna grupp. Tabell 3.2 illustrerar förändringen under perioden 1980–97. Människors rapportering av denna typ av psykiska symtom behöver inte vara uttryck för psykisk sjukdom i medicinsk bemärkelse, men besvären får ändå betraktas som ett växande hälsopolitiskt problem.

Tabell 3.2. Andel som besväras av nervositet, oro, ångest eller sömnbesvär. Sverige 25–44 år 1980–97.

	Kvinnor			Män		
	1980–81	1988–89	1996–97	1980–81	1988–89	1996–97
Arbetare och lägre tjänstemän	22,77	21,1	30,9	15,6	15,9	21,7
Tjänstemän på mellan- och hög nivå	16,8	17,2	24,8	13,3	12,9	17,7

Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1980–97.

Den mest påtagliga ökningen (9,8 procentenheter) i åldersgruppen 25–44 år återfinns enligt tabellen bland lågutbildade kvinnor. Men även bland andra i den åldersgruppen har ökningen varit påtaglig. Bland yngre av båda könen i åldern 16–24 år, som inte redovisas i tabellen, har ökningen varit störst – från 12 procent till 23 procent. Dessutom har vi

indikatorer på en ökad förekomst av psykiska och psykosomatiska besvär hos barn. Däremot finner man en sedan många år gradvis förbättring bland befolkningen över 44 år.

Den självrapporterade sjukligheten har under 1990-talet således framförallt uppvisat en kraftig ökning av psykiska besvär bland yngre. Men även andra indikatorer som t.ex. förekomst av långvarig sjukdom och självrapporterad nedsatt hälsa generellt har visat samma mönster fast mindre uttalat. Trötthetssymtom har ökat och allergiska besvär fortsätter att öka bland yngre. Kvinnor i arbetaryrken har ökande överrisker att insjukna i hjärtinfarkt och lungcancer som är de två stora tobaksrelaterade sjukdomarna.

3.2.3 De sociala olikheterna i hälsa består

De sociala skillnaderna i dödlighet som ökade kraftigt under 1960- och 1970-talen ligger kvar på samma nivå som man i övrigt – räknat i relativa termer som i tabell 3.3 – återfinner i många europeiska länder i dag.² Vi kan också se från tabellen att mönstret återfinns i flera olika dödsorsaker med ganska olika etiologi, men att dödligheten i relativa termer är särskilt stor för kranskärlssjukdom, lungcancer, alkoholskador och självmord.

Tabell 3.3. Relativ risk för arbetare att avlida i olika dödsorsaker jämfört med tjänstemän. Sverige 1991–95. 35–79 år. Tjänstemän är referensgrupp =1.

	Kvinnor	Män
Tumörer (totalt)	1,15	1,24
Lungcancer	1,59	1,66
Kranskärlsjukdom	1,81	1,56
Alkoholrelaterade dödsfall	1,20	1,67
Skador (totalt)	1,07	1,66
Trafikskador	0,78	1,19
Självmord	1,87	2,50
TOTALT (alla dödsorsaker)	1,34	1,45

Källa: Socialstyrelsen/EpC: Databasen Hur mår Sverige?

Det är också ett allt mera påtagligt fenomen att de sociala klyftorna i sjuklighet är mera uttalade ju allvarligare funktionsnedsättning och

² Mackenbach J. et al Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997;349, 1655–1659.

handikapp man mäter (se tabell 3.4). Förekomst av långvarig sjukdom eller besvär är klart vanligare hos arbetare och lägre tjänstemän. Av dem som har någon långvarig sjukdom (39,7 procent) har cirka hälften (20,8 procent) nedsatt förmåga att sköta arbete eller andra dagliga aktiviteter och mindre än en tredjedel av de senare (6,0 procent) har i sin tur så svår nedsättning av arbetsförmågan att de dessutom står utanför arbetsmarknaden. Det viktiga här är dock att överrisken bland dem som har arbetaryrken blir mycket kraftigare när man endast tar med de sjukdomsfall som fått allvarliga konsekvenser jämfört med om man inkluderar alla de lindriga fallen. Effekterna av att vara sjuk i termer av bl.a. sysselsättning är således avsevärt allvarigare för människor i yrken med låga utbildningskrav.

Tabell 3.4. Relativ risk för långvarig sjukdom utan och med olika konsekvenser. Justerat för ålder och kön. Sverige 1996–97, 25–64 år. Högre tjänstemän är referensgrupp =1.

	Någon långvarig sjukdom	– med i någon mån nedsatt arbetsförmåga	– med i hög grad nedsatt arbets- förmåga och ej i arbete
Högre tjänstemän	1	1	1
Mellan ”	1,1	1,4	1,8
Lägre ”	1,5	2,2	3,8
Facklärd arbetare	1,7	3,3	6,0
Icke facklärd arbetare	1,8	3,2	6,2
% i befolkningen			
25–64 år	39,7	20,8	6,0

Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1996–97.

3.3 Några viktiga utvecklingslinjer i samhället och krav på hälsopolitiken

3.3.1 Ökande krav på kvalifikationer och flexibilitet i arbetslivet

En grundläggande förändring i det svenska samhället som har pågått sedan 1960-talet och som vi har gemensamt med andra högt industrialiserade samhällen är att efterfrågan på lågutbildad arbetskraft har minskat drastiskt (se kapitel 4.2). Många av de förändringar som sker på arbetsmarknaden och som samhället försöker möta med olika politiska insatser har sin utgångspunkt i denna förändring. Tabell 3.5 illustrerar

detta under perioden 1975–1997 för åldersgruppen 25–54 år där sysselsättningen normalt förutsätts vara hög.

Tabell 3.5. Andel av befolkningen 25–54 år som inte är sysselsatta på arbetsmarknaden (inkl. arbetslösa, förtidspensionerade och övriga) bland dem som har yrken med korta utbildningar (yrken med under 3 års utbildningskrav motsvarande arbetare inkl. kortutbildade företagare och lägre tjänstemän) och bland övriga yrken (tjänstemannayrken på mellan- och högre nivå).

	Kvinnor		Män	
	Arbetare och lägre tjänstemän	Högre tjänstemän	Arbetare och lägre tjänstemän	Högre tjänstemän
1975–77	23,6	27,0	7,8	1,0
1985–87	13,5	4,9	8,8	1,1
1995–97	26,2	8,1	23,7	6,5

Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1975–1997.

Vi ser här det bekanta faktum att sysselsättningen ökade bland kvinnor under 1980-talet för att under 1990-talet minska för alla grupper. Vi ser också att under 1990-talet ökade andelen för båda könen som står utan arbete mycket kraftigare (13–15 procentenheter) bland människor med yrken med låga utbildningskrav jämfört med dem som har yrken som kräver längre utbildning (3–5 procentenheter). Det innebär att de som står utanför arbetsmarknaden inkl. arbetslösa, förtidspensionärer, hemarbetande m.fl. i allt högre utsträckning skiljer sig från de sysselsatta vad gäller yrkesutbildning. De lågutbildades arbetskraft är med andra ord allt mindre efterfrågad. Många länder har försökt möta detta fenomen genom att minska utbudet av arbetskraft genom förtidspensioneringar och lågt kvinnligt deltagande på arbetsmarknaden, medan andra har försökt lösa det genom att minska priset på arbetskraft i form av avregleringar och lägre löner för lågutbildad arbetskraft.³ Sverige prövade länge att hålla uppe efterfrågan genom expansion av den offentliga sektorn, men har under senare år arbetat i likhet med många andra länder med satsningar på utbildning av typ ”Kunskapslyftet”. Det är komplicerat att avgöra vilka hälsoeffekterna blir av olika vägval, men en växande litteratur talar för att det andra alternativet med minskande löner för lågutbildad arbetskraft och växande inkomstklyftor försvårar möjligheterna att skörda de hälsovinster som är möjliga att uppnå med

³ Esping-Andersen G (ed.): *Welfare States in Transition*. London. Sage Publications 1995.

en god ekonomisk tillväxt (se avsnitt 4.3.2 samt underlagsrapporterna 2⁴ och 4⁵).

Globaliseringen, den tekniska utvecklingen och ändrade politisk-ekonomiska förhållanden skapar också ett förändringstryck i andra avseenden på både privat och offentlig verksamhet. Det sker en strävan mot att koncentrera verksamheten till en kärna av kvalificerade fast anställda personer, kombinerat med en ökad användning av tillfälliga projektanställningar, konsulter m.m. Företagen krymper antalet fast anställda även i goda tider samtidigt som produktiviteten ökas i snabb takt. Det betyder att det å ena sidan finns en kärna av fast anställda som oftast arbetar heltid, även om det bland kvinnorna fortfarande är 40 procent som arbetar deltid. Bland de högutbildade i denna kärna ökar kraven på övertid stadigt. Det är således en grupp med höga arbetskrav, men samtidigt relativt goda möjligheter till att påverka arbetets uppläggning och till utbildning i arbetet.⁶

Samtidigt har antalet med tidsbegränsade anställningar fördubblats under 1990-talet och utgör nu närmare en halv miljon personer, dvs. 15 procent av arbetskraften. I relativa termer har den grupp som är projektanställda och övriga som inte är vikarier ökat kraftigt från 3,5 procent år 1989 till 8,1 procent år 1997.⁷ Det är en grupp som är unga, har hög utbildning och även om de får leva med den otrygghet som tillfälliga kontrakt ger upplever denna grupp att de har goda möjligheter att utvecklas i arbetet. Även s.k. behovsanställda har ökat kraftigt under perioden. Kvinnor är i stor majoritet när det gäller behovsanställningar medan männen dominerar projektanställningarna. Det är främst i behovsanställningarna som arbetsvillkoren innebär en förhöjd risk för ohälsa.⁸ Till detta kommer att rörligheten på arbetsmarknaden ökar och att människor med låg utbildning, dålig hälsa, invandrarbakgrund etc. i ökande utsträckning utsätts för konkurrens om arbetstillfällen från personer utanför de lokala arbetsmarknaderna.

Det är för tidigt att säkert bedöma de långsiktiga hälsoeffekterna av denna utveckling. Det finns positiva element som t.ex. ökade utvecklingsmöjligheter i arbetet, men också negativa element som ökad

⁴ Nationella folkhälsokommittén. *Ekonomisk försörjning och hälsa*. Rapport från arbetsgruppen Ekonomisk trygghet. Rapport nr 2. Stockholm 1999.

⁵ Nationella folkhälsokommittén. *Sociala relationer*. Rapport från arbetsgruppen Sociala relationer. Rapport nr 4. Stockholm 1999.

⁶ Wikman A, Andersson A, Bastin M. *Nya relationer i arbetslivet*. Solna. Arbetslivsinstitutet 1999.

⁷ A.a.

⁸ Nationella folkhälsokommittén. *Arbetslivsfaktorer*. Rapport från arbetsgruppen Arbetslivsfaktorer. Rapport nr 1. Stockholm 1999.

otrygghet och alldeles för höga krav. Den kraftiga ökningen av psykiska symtom i form av trötthet, sömnbesvär och nervositet är i detta sammanhang en varningssignal även om sambanden ännu är bristfälligt kartlagda. Sömnbesvär och känsla av kroppslig trötthet efter arbetet har dock visat sig vara särskilt vanliga bland kärnan av fast anställda med mycket övertid liksom bland företagare. Man kan tänka sig att en ökad flexibilitet på arbetsmarknaden med lösare anställningsförhållanden och uppluckrad lagstiftning skulle göra det lättare för personer med en svag position på arbetsmarknaden att göra sig gällande. I ett land som Storbritannien där arbetsmarknaden har avreglerats under ett antal år har dock utslagningen bland lågutbildade och sjuka personer gått mycket snabbare än i Sverige.⁹ Exkludering från arbetsmarknaden är en process som kan få allvarliga hälsokonsekvenser i synnerhet som den ofta drabbar människor med redan dålig hälsa och därmed ökad sårbarhet. I och med att den drabbar grupper som redan har en hög sjuklighet tenderar den också att öka klyftorna i ohälsans fördelning.

3.3.2 Förändrade förutsättningar för att bevara och stärka det sociala kapitalet

Industrisamhällets fortskridande arbetsdelning skapade sammanhållning och solidaritet i samhället som både byggde på likhet inom yrkesmässiga kollektiv och olikhet, dvs. insikten att människor i ett differentierat samhälle behöver varandra. Arbetsdelningen har inte blivit mindre uttalad, men har allt mera globaliserats vilket har gjort beroendet av "marknaden" mera abstrakt. Samtidigt arbetar människor inte längre i stora kollektiv med helt likartade arbetsuppgifter utan allt flera har fått självständiga och mera individualiserade arbetsuppgifter. Människors förmåga att klara sig på arbetsmarknaden har blivit mera beroende av vilka satsningar de själva kan göra i fråga om utbildning. Arbetsgivarna tenderar vidare allt mera att vilja förhandla om löner med individer snarare än med kollektiv. Flera studier har också visat att människor i Sverige snabbt har utvecklat en mera individualistisk hållning till arbetslivet och samhällslivet i övrigt.¹⁰ Med detta menas att man önskar mera betoning på individens utveckling, mindre utrymme för auktoriteter, större utrymme för personliga initiativ och självständighet i

⁹ Bartley M. Owen C. Relation between socio-economic status, employment and health during economic change 1973–93. *BMJ* 1996;313:445–449.

¹⁰ Pettersson T. Välfärd, värderingsförändringar och folkrörelseengagemang, I: Axelson S. och Pettersson T. (red) *Mot denna framtid*. Stockholm. Carlssons Bokförlag AB 1992.

arbetet, och utrymme för större valfrihet i livet. Detta sammanhänger naturligtvis med att utbildningsklyftorna mellan olika beslutsfattare och medborgarna i gemen har minskat under efterkrigstiden.

Studier av värderingsförändringar har också pekat på att en ökad individualism på bekostnad av mera kollektivistiska attityder på inget sätt har inneburit någon förskjutning mot mera egoistiska hållningar på bekostnad av solidaritet t.ex. när det gäller finansieringen av gemensamma välfärdsinstitutioner, i varje fall så länge dessa tillhandahåller den önskade valfriheten. De förändrade värderingsmönstren har ibland betecknats som en *solidarisk individualism*.¹¹ Den långsiktigt ökande omflyttningen både över och inom landets gränser bidrar också till en upplösning av gamla strukturer. Räknat i procent av befolkningen är den årliga flyttningen över landets gräns 1 procent och mellan kommuner inom landet över 4 procent. Inflyttningen till storstäderna har tagit ny fart och är nu minst lika omfattande som på 1960-talet. Människors identitet är i minskande grad knuten till samhällsklass, ort eller religion och i ökande omfattning till mer flyktiga förhållanden som livsstil, intressen och engagemang i någon samhällsfråga.

På vilka sätt har nu allt detta hälsopolitisk relevans? Hälsoutvecklingen i vår omvärld – 1990-talets dramatiska ökning av dödligheten i Östeuropa, försämringen av hälsoutvecklingen i t.ex. Danmark och många amerikanska storstäder samt de ökande sociala klyftorna i dödligheten i Östeuropa, Kina, Latinamerika och USA – har påmint oss om att det inte finns någon enkel och entydig relation mellan ekonomisk utveckling och hälsoutveckling. Vi börjar veta allt mera om att vissa egenskaper i samhällsstrukturen interagerar med den ekonomiska utvecklingen på ett sådant sätt att utformningen av välfärdspolitiken i bred bemärkelse och hälsopolitiken i mera snäv mening blir avgörande för om vi kan omsätta de potentiella vinsterna av den ekonomiska utvecklingen i en positiv hälsoutveckling.

En växande volym av forskning talar för att en sådan strukturell egenskap är den sociala integrationen i samhället, dvs. det ”kitt” som gör att människor har en hög grad av tillit till varandra i vardagslivets olika sociala relationer och att de även litar på att de gemensamma institutionerna och de resurser som de har tillgång till genom dessa institutioner är effektivt och rättvist förvaltade.¹² Det är egenskaper i samhället som innebär att det ömsesidiga beroendet människor emellan är organiserat i former som bygger på det vi i kapitel 2 kallade den humanistiska människosynen, och som gör att människor dels behandlas

¹¹ Rothstein B. *Vad bör staten göra?* Stockholm. SNS Förlag 1994.

¹² Marmot MG, Wilkinson RG (eds). *Social determinants of health*. London. Oxford University Press 1999.

med lika omtanke och respekt och dels ges tillgång till grundläggande resurser och förmåga att forma sina liv. Det handlar om både ideologiska och institutionella förhållanden i samhället som med en äldre terminologi kallas "solidaritet"¹³ och i en mera modern tappning hundra år senare betecknas "socialt kapital" (Putnam)¹⁴. Putnam tolkade sin studie av regioner i Italien som att ett starkt och aktivt organisationsliv och den medborgaranda det skapar är en viktig förutsättning för både starkare demokratiska institutioner och bättre ekonomisk utveckling (se avsnitt 5.2).

Vi har lärt oss från forskningen i arbetslivet att om människor ges möjlighet att påverka sin arbetssituation utvecklas deras förmåga samtidigt när det gäller att klara nya förändringar och krav på ett sätt som är positivt från hälsosynpunkt.¹⁵ Mycket talar på samma sätt för att samhällen som inte förmår att ständigt återskapa de ideologiska och institutionella förutsättningarna för att medborgarna gemensamt kan ta ansvar för förvaltningen av gemensamma angelägenheter blir ett samhälle där människor känner utanförskap och maktlöshet. Utmaningen ligger i att de strukturer som fungerade för detta ändamål under industrisamhällets och välfärdsinstitutionernas framväxt inte lika självklart är effektiva i en tid som präglas av "solidarisk individualism" och krav på valfrihet.

3.3.3 Barnfamiljernas villkor och barnens antal och uppväxt

Den sociala infrastrukturen påverkar också förutsättningarna för familjebildningen. Den mest påtagliga förändringen i den svenska demografin under 1990-talet är de sjunkande födelsetalen. År 1998 var fruktsamhetstalet 1,50. Om fruktsamheten ligger kvar på denna nivå kommer varje kvinna att i genomsnitt föda 1,5 barn. Detta är den lägsta nivå som någonsin har observerats i Sverige. För första gången sedan år 1809 avlider det fler människor än det föds. I början av 1930-talet när befolkningsfrågorna stod i centrum av debatten¹⁶ var fruktsamhetstalet högre, men då var invandringen å andra sidan mindre. Sedan har siffran i

¹³ Durkheim E. *Division of Labour in society*, London. Macmillan Education 1985 (1893).

¹⁴ Putnam RD. *Making democracy work*. Princeton. Princeton University Press 1993.

¹⁵ Aronsson G. *Arbetspsykologi*. Studentlitteratur 1987.

¹⁶ Myrdal A, Myrdal G. *Kris i befolkningsfrågan*. Stockholm. Nya Doxa 1997 (1934).

långa perioder legat betydligt högre och så sent som år 1990 var den 2,14, dvs. lite över den nivå som krävs för att den nuvarande befolkningen på sikt skall reproducera sig själva. Det är dessutom en siffra som är betydligt högre än vad den var i Västeuropa vid samma tidpunkt där den låg kring 1,3–1,7 och i Östeuropa där den var ännu lägre.

Födelseföretalen är främst ett uttryck för hur människor värderar möjligheterna att förena familjebildning, arbetsliv och försörjning. Det kan finnas skäl, inte bara i Sverige, att vara oroad över hur unga i dag värderar dessa möjligheter i ljuset av möjligheter att få arbete, att klara de ökande kraven från de arbeten som finns, och att förena detta med föräldraskap. Utbildningarna förlängs och starten i yrkeslivet förläggs till 25–30 årsåldern. Samtidigt sjunker den faktiska pensionsåldern ner under 60 år. Det barnafödande som sker tenderar nu att vara koncentrerat till 25–35 årsåldern och därmed inträffar ansvaret för barnens uppväxt i 25–55 årsåldern. Det betyder att av ett liv på numera 80 års längd skall både ett allt mer krävande arbetsliv och familjeliv förenas under en tredjedel av tiden. Tid för umgänget mellan föräldrar och barn har blivit en bristvara. Detta förhållande bör uppmärksammas mer än hittills.

Unga har haft stora svårigheter att komma in på arbetsmarknaden och det har särskilt gällt lågutbildade kvinnor. Det är också främst denna grupp som har avvaktat med att föda barn under 1990-talet. Speciellt kvinnor med mycket låga inkomster till följd av studier eller arbetslöshet har mycket låg fruktsamhet. Av barnlösa kvinnor i åldern 20–29 år hade 19 procent en arbetsinkomst under 50 000 kronor år 1990. Denna andel hade år 1995 ökat till 42 procent till följd av att fler studerar eller är arbetslösa. Kvinnor med en arbetsinkomst över 100 000 kronor har tre gånger så stor fruktsamhet som de som tjänar under 50 000 kronor. Att en del av nedgången i födelseföretalen beror på att flera går allt längre utbildningar kan tala för att nedgången i varje fall delvis är temporär. SCB har också i sin prognos antagit att födelseföretalen kring år 2010 ökar till 1,85.

Det kan mot den bakgrunden ses som paradoxalt att förändringar på arbetsmarknaden och inom fördelningspolitiken under senare år har medfört att barnfamiljernas standard har sänkts jämfört med andra grupper. I själva verket uppvisar barnfamiljernas ekonomiska situation många kristecken. Enligt uppgifter i underlagsrapport 2 har t.ex. ensamstående föräldrar med två eller fler barn och samboende med tre eller fler barn fått sin ekonomiska standard minskad med ca 10 procent mellan åren 1991 och 1998. För hela befolkningen har motsvarande siffra varit 4 procent. Vidare har andelen barnfamiljer med långvarigt socialbidrag ökat under 1990-talet.

Vi har en växande kunskap om fostertidens, barndomens och ungdomsårens betydelse för hälsan både bland unga, men framförallt senare i livet. Barn- och ungdomsåren innebär en hög sårbarhet. Det är därför viktigt hur uppväxtvillkoren i psykologiska och socioekonomiska termer formar sig. Det faktum att så många unga familjer tvekar eller väntar med att föda barn kan vara ett tecken på att de är osäkra på om de kan skapa tillräckligt bra villkor för sina barn. Dessutom har utvecklingen på bostadsmarknaden medfört att den nära uppväxtmiljön i bostadsområdet ser allt mera olika ut för barn med olika familjebakgrund. Medan man på arbetsmarknaden har gjort vissa försök att skapa mekanismer som skall göra det möjligt för personer med nedsatt hälsa att få ett arbete som de orkar med eller att få en annan försörjning, fungerar bostadsmarknaden närmast i motsatt riktning. De som mest behöver stöd i form av en resursstark social miljö i anslutning till bostaden har svårast att skaffa sig den. Denna utveckling ställer allt större krav på samhällets förmåga att med hjälp av bl.a. skola och barnomsorg söka kompensera brister i uppväxtmiljön så att barn ges lika möjligheter i livets början.

3.3.4 Internationalisering och konsumtionsmönster

Det växande flödet över gränserna av varor, information och kulturella mönster påverkar våra konsumtionsmönster i en mängd avseenden, varav somliga har betydelse för hälsan. En globaliserad marknadsföring av snabbmat, läskedrycker, tobak och alkohol spelar en växande roll för människors levnadsvanor. Det gäller också olika skönhetsideal som påverkar människors kroppsuppfattning m.m. Traditionella svenska mönster med mycket animaliskt fett i kosten och ett dryckesmönster när det gäller alkohol dominerat av starksprit ger vika för andra inriktningar, bl.a. under inflytande av kontinentala mönster. Ur hälsopolitisk synvinkel är mönstret komplext. Å ena sidan ökar tillgången till ett bredare utbud av bl.a. matvaror som är positiva för hälsoutvecklingen. Å andra sidan kan den allt kraftfullare marknadsföringen ge mindre positiva effekter. Dessutom kan den ökade handeln och resandet göra det svårare men också allt viktigare att upprätthålla restriktioner inom exempelvis alkoholområdet. För hälsopolitiken ligger utmaningen i att öka människors möjligheter att ta till vara det utrymme som skapas för ett sundare konsumtionsmönster, samtidigt som det svenska samhället måste kunna gripa in när man finner att riskerna för barn, ungdom och andra sårbara grupper blir för stora.

3.4 Mål, indikatorer, måttenheter, tidsperspektiv och målstruktur

I nästa avsnitt (3.5) redovisar vi vår vision av ett hälsovänligt samhälle och konkretiserar visionen inom ramen för åtta övergripande strategier och 19 mål med fokus på de förhållanden som är viktigast för att nå en bättre och mer jämlik hälsa. Till målen är kopplade indikatorer och måttenheter för mätning. Indikatorerna syftar till att fånga väsentliga förhållanden som gäller de risk- och friskfaktorer som anges i målen, men är inte i sig själva några risk- resp. friskfaktorer. I detta avsnitt redogör vi för dessa indikatorer och måttenheter samt för målens tidsperspektiv och struktur.

3.4.1 En nationell strategi med operationella mål

Hälsopolitiska mål kan anges på olika sätt. Som framgår av kapitel 1 har vi bestämt oss för att i första hand fokusera på bestämningsfaktorer för hälsa och att ange mål för bestämningsfaktorer. Vidare redovisar vi ett färre antal mål som gäller vissa sjukdomar och skador samt målgrupper. I sakkapitlen 4–11 anges målen som allmänna mål utan referens till indikatorer, mätmetoder eller tidsdimension. Vi redovisar mål i dessa kapitel i termer av att vissa förhållanden skall öka eller minska men preciserar inte exakt, förutom i några fall, under vilken tidsperiod det skall ske eller hur en förändring skall mätas. Vår avsikt när det gäller sakkapitlen är att i slutbetänkandet göra ytterligare prioriteringar och mot den bakgrunden redovisa tidssatta mål.

När det gäller förslaget till nationell strategi för en bättre och jämlik hälsa, som redovisas i det här kapitlet, bedömer vi att det är angeläget att redan i detta betänkande vara mer exakta och att redovisa indikatorer och procentsatser för mätning av de mål som anges. I stort sett har vi också lyckats med denna inriktning. Avsikten är även i detta fall att göra ytterligare prioriteringar och preciseringar i slutbetänkandet. Vissa av indikatorerna bör då också omformuleras så att de anger att något positivt skall öka under en angiven period, istället för att som nu i flera fall fokusera på att något negativt skall minska.

3.4.2 Tidsperspektiv till år 2010

Vilken tidpunkt som skall anges för uppnående av hälsopolitiska mål är inte självklar. Vi har kommit fram till att perioden fram till år 2010 är lämplig. Den är tillräckligt kort för att vara relevant i ett politiskt per-

spektiv och den är tillräckligt lång för att folkhälsopolitiska insatser skall kunna ha avsedd effekt. Genom att vi betonar bestämningsfaktorer för hälsa uppstår inte problemet med att invänta hälsoeffekter av åtgärder som tar lång tid. Perioden är vidare hälften så lång som den period som europeiska regionen av WHO tillämpar i sin nya hälsopolitiska strategi, Hälsa 21, och kan därmed utvärderas i halvtid jämfört med dessa mål.

I redovisningen av de hälsopolitiska målen i nästa avsnitt återkommer vissa mål under flera strategiavsnitt beroende på att de bedöms vara viktiga inte bara för ett, utan för flera områden. I dessa fall är istället i allmänhet de indikatorer som används liksom procentsatserna annorlunda.

3.5 Vision, strategier och mål för ett hälsovänligt samhälle

Vision för ett hälsovänligt samhälle:

Ett hälsovänligt samhälle ger alla människor likvärdiga möjligheter att påverka de egna och gemensamma orsakerna till och konsekvenserna av sjukdom och ohälsa.

I ett sådant samhälle har alla människor möjligheter att handskas med livets utmaningar och ta ett eget ansvar för den hälsa som kan påverkas av individen.

Faktorer i den omgivande miljön som skapar fysisk och psykisk ohälsa, såsom ojämlika levnadsförhållanden och osunda miljöer, har undanröjts i betydande grad.

Övergripande strategier för ett hälsovänligt samhälle:

- 1. Stärk den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället.*
- 2. Öka möjligheterna till integration på arbetsmarknaden – och minska utslagningen.*
- 3. Öka människors inflytande och trygghet i arbetslivet.*
- 4. Öka barnfamiljernas ekonomiska och tidsmässiga utrymme.*
- 5. Ge barn och ungdomar likvärdiga förutsättningar i livet genom att minska segregationen och genom kompensatoriska åtgärder.*
- 6. Ge äldre och personer som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade möjligheter att forma sina liv efter behov.*
- 7. Skapa miljöer för en hållbar hälsoutveckling.*
- 8. Öka solidariteten med dem som är sårbara för livsstilsrisker.*

3.5.1 Vår vision för ett hälsovänligt samhälle

Samhällsutvecklingen och de vetenskapliga framstegen går fort och det är inte särskilt meningsfullt att försöka göra några preciserade prognoser över den hälsoutveckling som våra hälsopolitiska mål skall försöka påverka. Vi har i stället i avsnitt 3.3. försökt peka på några förändringar i samhället som skapar nya förutsättningar både för människors hälsa samt för individers och institutioners möjligheter att påverka den. Mot dessa ibland löftesrika men ofta något hotfulla bilder vill vi ställa vår vision av ett hälsovänligt samhälle och strategier samt hälsopolitiska mål för de förändringar som vi anser krävs för att människor skall kunna påverka de egna och de gemensamma förutsättningarna att undvika sjukdom, handikapp och en för tidig död.

Vår vision av ett hälsovänligt samhälle är att detta bör ge alla människor samma förutsättningar att påverka de egna och gemensamma orsakerna till sjukdom och ohälsa liksom konsekvenserna av detta. Denna betoning av lika förutsättningar att påverka orsaker och konsekvenser överensstämmer med den etiska grund som vi har redogjort för i avsnitt 2.1. Vidare anser vi att människor skall kunna ta ett eget ansvar för den hälsa som kan påverkas av individen. Till visionen hör också att man har kommit långt i arbetet med att undanröja de ojämlika levnadsförhållanden och osunda miljöer som skapar fysisk och psykisk ohälsa. Mer specifikt konkretiserar vi i den följande texten visionen i samband med redovisning av åtta övergripande strategier och 19 hälsopolitiska mål. Fokus ligger på de förhållanden som är viktigast för att nå en bättre och mer jämlik hälsa. De åtta övergripande strategierna anges i rubrikerna till de följande avsnitten i kapitlet.

3.5.2 Strategi 1 – Stärk den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället

Mål

De viktigaste kriterierna för att solidariteten i samhället faktiskt fungerar är att människor som inte klarar sig på arbetsmarknaden inte också drabbas av fattigdom, att inkomstklyftorna hålls på en måttlig nivå och att ingen stöts ut från välfärdssamhället.

1. *Ökade inkomstklyftor bör motverkas*
2. *Minskad relativ fattigdom*
3. *Långvarigt socialbidragstagande och hemlöshet måste brytas*
4. *Minskad politisk marginalisering*
5. *Minskad frekvens av självmord*

Den första komponenten i strategin handlar om att stärka den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället. Det svenska samhället har varit ovanligt framgångsrikt när det gäller att skapa och under många decennier upprätthålla bra förutsättningar för ett välstånd och en god hälsoutveckling. Redan för 100 år sedan var barnadödligheten i landet lägre än barnadödligheten i andra europeiska länder, fastän Sverige vid den tidpunkten fortfarande var en relativt fattig nation i Europa. Folkskola för alla från mitten av 1800-talet var en viktig förutsättning. Andra förutsättningar under senare delen av 1800-talet var allmänna förbättringar av levnadsvillkoren i form av bättre föda, bättre bostäder, förbättrad hygien, bättre barnavård och bättre sanitära system i städerna.¹⁷ Senare blev folkrörelsernas insatser viktiga. Trots periodvisa problem i den ekonomiska utvecklingen upprätthåller Sverige sitt försprång i världen vad gäller dödlighetsutvecklingen. Samtidigt sker det förändringar både på arbetsmarknaden och bostadsmarknaden som ställer oss inför nya utmaningar. Upplösning av det gamla industrisamhällets sociala strukturer, kvardröjande hög arbetslöshet och utslagning från arbetslivet, individualisering och segregation tenderar att 'tära' på

¹⁷ Bengtsson T, Ohlsson R. Sveriges befolkning myter och verklighet. I: *Äventyret Sverige. En ekonomisk och social historia*. Bra Böcker. Uppsala 1993.

det sociala kapitalet, vilket ställer krav på delvis nya lösningar för att försvara de gjorda sociala investeringarna. Samtidigt ökar vårt vetenskapliga kunnande och höjs kraven – med all rätt – på vad samhällets gemensamma institutioner skall kunna åstadkomma, inte minst på hälsoområdet.

Samhället måste därför hitta former för att å ena sidan upprätthålla de etiska kraven på rättvisa som vi diskuterade i kapitel 2 samtidigt som människor måste ges både faktiska institutionella förutsättningar för men också tillit och förmåga till att påverka de förhållanden som är viktiga för deras hälsa. Det gäller naturligtvis förhållanden både inom arbetslivet, familj, lokalsamhälle och konsumtion men för det sociala kapitalet och solidariteten är välfärdspolitiken grundläggande. Problemet är inte nytt och inte speciellt svenskt.¹⁸ I många länder pågår en reformering av välfärdspolitiken och i synnerhet av hälso- och sjukvårdspolitiken. I demokratiska samhällen handlar det i hög grad om att under de förändrade förutsättningarna justera de gemensamma sociala systemens sätt att fungera så att de förmår att upprätthålla en sådan balans mellan effektivitet och rättvisa att de kan bevara sitt breda politiska stöd. Man måste möta ökade krav på valfrihet och effektivitet på ett sätt som inte urholkar kraven på att alla medborgare behandlas med lika omtanke och respekt.

Sverige har i motsats till många andra länder sökt lösa detta problem genom att skapa en välfärdspolitik som inte delar upp befolkningen i en majoritet som betalar skatt och en minoritet som ständigt måste ifrågasättas om de är berättigade till bidrag. Istället har institutioner skapats där i princip hela befolkningen är såväl betalande som mottagande av både transfereringar och tjänster och där man samtidigt söker skapa en anpassning till människors allt mer individualiserade önskemål och behov genom ökad valfrihet och effektivitet i serviceutbudet.

Vi anser att denna modell fortfarande ger bättre förutsättningar att återskapa det sociala kapitalet än någon annan känd modell. Denna modell har paradoxalt nog också visat sig vara mer effektiv än selektiva modeller när det gäller att minska förekomsten av fattigdom och att utjämna stora inkomstklyftor¹⁹, vilket i sin tur sannolikt har haft positiva hälsoeffekter. Men det handlar om en hårfin balans. Om människor främst kan påverka systemet genom valmöjligheter på en marknad återskapar det endast tillit till att kunna påverka det om det är en ”jämlig”

¹⁸ Rothstein B. *Vad bör staten göra?* a.a.

¹⁹ Korpi W, Palme J, The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review* 1998;63:661–687.

marknad i betydelsen att människor faktiskt kan träffa välinformerade val. Sjukvård och socialtjänst är ingen jämlik marknad, därför att dessa verksamheter handhas av personer med tung professionell kompetens och valen görs i situationer då individen är sårbar till följd av sjukdom och utsatthet. Därför bör styrningen ske med demokratiska institutioners hjälp. Att konkurrensutsätta den offentliga produktionen genom att ge möjligheter att producera efterfrågade tjänster även inom ramen för nya förvaltningsformer eller ägandeförhållanden har visat sig kunna påverka både valfrihet, effektivitet och kvalitet. Dessa verksamheter utgör i sig inte något problem vad gäller upprätthållandet av den nuvarande solidariska finansieringen av verksamheterna. Utländska erfarenheter tyder dock på att det finns risk för ett undergrävande på sikt av den solidariska finansieringen och därmed både rättvisekravet och den välfärdspolitiska modellen i stort om privata finansieringslösningar växer i omfattning och kombineras med vinstdrivande företag på producentsidan. I en sådan situation kan det antas att stödet för den solidariska finansieringen sviktar.²⁰ Den gemensamma finansieringen kan å andra sidan även undergrävas inom ramen för en offentlig verksamhet om denna har dålig kvalitet eller fungerar otillfredsställande på andra sätt.

Detta betyder att även om starka välfärdsinstitutioner är viktiga, innebär den nödvändiga reformeringen av dem att man måste skapa en jordmån för det sociala kapitalet även i andra former. Organisationslivet i Sverige präglas å ena sidan av att strukturer som byggde på en stark kollektiv identitet i det gamla brukssamhället kämpar i uppförsbacke, samtidigt som människor å andra sidan engagerar sig i samhällsfrågor om miljö, mänskliga rättigheter, hjälp till fattiga länder, feminism m.m. – och hälsa. Det är ett uttryck för den mera individualiserade kulturella identiteten som vi diskuterade ovan (se 2.2.1). I dessa former skapas också mycket delaktighet och solidaritet, och en politik för att främja en god hälsa handlar därför också om att skapa goda förutsättningar för människor att ta till vara detta engagemang.

²⁰ Dahlgren G. *Framtidens sjukvårdsmarknader*. Stockholm. Natur och Kultur 1994.

Mål, indikatorer och mått

Mål 1: *Ökade inkomstklyftor bör motverkas*

Indikatorer och mått: Inkomstfördelningen mätt som Gini-koefficient²¹ av disponibla ekvivalensjusterade hushållsinkomster var ca 0,25 år 1998 och bör inte överstiga detta tal. Källa för senaste mätvärde: Finansdepartementet.

Mål 2: *Minskad relativ fattigdom*

Indikatorer och mått: Andelen fattiga enligt EU:s norm, dvs. andelen personer som lever i hushåll vars ekvivalensjusterade disponibla inkomst efter skatt och transfereringar understiger 50 procent av medianinkomsten, bör minska till under 4 procent bland personer med och utan arbete. Andelen hushåll i befolkningen med en ekonomisk standard under EU:s norm var 4,8 procent år 1998. Källa för senaste mätvärde: Finansdepartementet.

År 1996 hade 723 000 personer, dvs. 8,9 procent av befolkningen, en inkomst under socialbidragsnormen rensat för "ej fattiga" med låga inkomster. Denna andel bör minska med ca 20 procentenheter till 7 procent av befolkningen. Källa för senaste mätvärde: Socialstyrelsens försörjningsprojekt.

²¹ Gini-koefficienten är enligt Finansdepartementets definition (prop. 1997/98:1, bilaga 7, s. 7) "det vanligaste statistiska måttet på ojämnheten i inkomstfördelningen som antar värdet 0 när inkomsterna är lika för alla och värdet 1 vid maximal ojämnhet, dvs. när en person får alla inkomster. Koefficienten är mest känslig för vad som händer i mitten av fördelningen. Den kan sägas visa hur stor inkomstskillnad det är mellan två slumpmässigt utvalda individer/hushåll i genomsnitt räknat i förhållande till medelinkomsten. Om Gini-koefficienten är 0,250 och medelinkomsten för alla är 90 000 kronor skall man vänta sig att skillnaden är $2 \cdot 0,250$ eller 50 procent av medelinkomsten, dvs. 45 000 kronor." I underlagsrapport 2 om ekonomisk försörjning och hälsa anges att en nyligen publicerad studie har jämfört stadsdelar i USA:s storstäder vad gäller bl.a. variationen i inkomstfördelning. Denna variation mätt som Gini-koefficient var stor och sträckte sig från 0,35 (kan jämföras med dagens Finland) och 0,55 (jämförbart med dagens Ryssland). I Sverige som helhet motsvarar inkomstfördelningen en Gini-koefficient som är mycket lägre (ca 0,25) och även om det kan finnas variationer mellan storstadsområden återfinns motsvarande kontraster knappast i Sverige.

Mål 3: Långvarigt socialbidragstagande och hemlöshet måste brytas

Indikatorer och mått: Antalet personer med långvarigt socialbidragsberoende (10–12 månader under ett år) var 215 000 år 1997, dvs. 2,4 procent av befolkningen. Denna andel bör minska till under 1 procent. Källa för senaste mätvärde: Socialstyrelsens försörjningsprojekt.

Andelen hemlösa (saknar fast bostad eller institutionsplats) var 8 400 år 1999, dvs. 0,09 procent. Andelen hemlösa bör minska till under 0,05 procent. Källa för senaste mätvärde: Socialstyrelsen.

Mål 4: Minskad politisk marginalisering

Indikatorer och mått: Andelen som röstar i allmänna val bör i ett första steg inför nästa allmänna val öka med 5 procentenheter i valdistrikt där mindre än 60 procent av de röstberättigade röstade under det senaste allmänna valet. Valdeltagandet bland röstberättigade utländska medborgare bör under samma period öka med 10 procentenheter.²²

Mål 5: Minskad frekvens av självmord

Indikatorer och mått: Antalet självmord var 21,1 per 100 000 invånare i genomsnitt under perioden 1990–96. Antalet självmord i befolkningen bör minska med 25 procent under perioden fram till år 2010. En minskning är särskilt angelägen bland unga människor. Källa för senaste mätvärde: Centrum för suicidforskning och prevention, 1999.

²² Valdeltagandet för befolkningen i sin helhet har minskat från 90 procent år 1976 till drygt 81 procent år 1998. Valdeltagandet bland röstberättigade utländska medborgare har under samma period minskat från 60 procent till 35 procent. Källa: Kulturdepartementet.

3.5.3 Strategi 2 – Öka möjligheterna till integration på arbetsmarknaden – och minska utslagningen

Mål

6. *Ökad sysselsättning och minskad långtidsarbetslöshet*
7. *Goda möjligheter till fortbildning, omskolning och vuxenutbildning*

Vår andra strategiska inriktning är att minska utslagningen från arbetsmarknaden. Mycket av det arbete med vård och omsorg som förut gjordes i hemmen, och av frivilliga krafter inom kyrka och folkrörelser, utförs nu i form av lönearbete. Detta har varit avgörande för kvinnors jämställdhet i samhället. I Sverige finns också, trots en minskning nyligen, en exceptionellt hög sysselsättningsnivå bland män och kvinnor, unga och äldre, friska och sjuka (se avsnitt 4.3). Det är en utveckling som vi har gemensam med bl.a. Nordamerika och Japan, medan många länder i EU sedan länge har haft en relativt sett lägre sysselsättning bland kvinnor, äldre och personer med funktionshinder. Det stora åtagande som välfärdspolitiken i Sverige har haft, har dessutom medfört ett behov av en bred skattebas, dvs. att upprätthålla en hög sysselsättning. Människors anknytning till arbetsmarknaden har därmed blivit viktig såväl för individens egen identitet, självrespekt och hälsa som för den ekonomiska och sociala utvecklingen av samhället i stort. Välfärdspolitikens legitimitet är dessutom beroende av att de som inte kan arbeta och bidra till det gemensamma upplevs ha "laga förfall".

Utvecklingen i Sverige under senare år har precis som i många andra industriländer inneburit en sjunkande efterfrågan på korttidsutbildad arbetskraft och att inte minst de psykiska och sociala kraven i arbetslivet har ökat. Dessutom har situationen medfört en ökad konkurrens om arbetstillfällena. Även om det under lång tid har gått att möta dessa förändringar med en ökad efterfrågan på arbetskraft inom vård och omsorg och genom en aktiv arbetsmarknadspolitik, har dessa instrument inte kunnat användas i samma utsträckning som tidigare. De har dessutom varit otillräckliga för att möta 1990-talets strukturförändringar.

I och med att möjligheterna att få ett arbete resp. att behålla ett arbete i dag i ökande grad handlar om samspelet mellan förändrade krav på arbetsmarknaden och människors utbildningsmässiga och hälsomässiga

förutsättningar, är de nödvändiga åtgärderna inte bara en fråga om arbetsmarknadspolitik utan i hög grad också om utbildning – och hälsa.

I ett långt tidsperspektiv är ungdomarnas utbildning ytterst väsentlig. Att allt fler ungdomar går ut grundskolan utan godkända betyg i viktiga basämnen och att ungdomar också i ökande grad lämnar gymnasiet i förtid är oroväckande. Att minska denna negativa trend är helt nödvändig, bl.a. från hälsosynpunkt. För personer som har arbete men där efterfrågeförhållandena är långsiktigt ogynnsamma är vidareutbildning och i vissa fall vuxenutbildning angeläget. För personer som inte har utbildning, kan vuxenutbildning behövas. Genom vidareutbildning och vuxenutbildning förbättras förutsättningarna hos de personer som har en utsatt situation på arbetsmarknaden.

För att behålla eller få ett arbete kan också yrkes- och arbetslivsrehabilitering vara ett viktigt alternativ i vissa fall (se avsnitt 4.2). Det gäller också lönebidrag. Sedan länge finns olika typer av lönebidragsanställningar och anställningar inom Samhall för personer som har särskilda svårigheter att få ett arbete på grund av funktionsnedsättningar. Dessa möjligheter behöver utvidgas av solidaritets- och hälsoskäl.

Andra alternativ som kan innebära möjligheter till sysselsättning för olika grupper med svårigheter på arbetsmarknaden är viktiga från hälsosynpunkt.

Personer med invandrarbakgrund har i vissa fall särskilda problem på arbetsmarknaden (se avsnitten 4.2, 4.3 och 11.3). Deras situation bör uppmärksammas särskilt.

Mål, indikatorer och mått

Mål 6: Ökad sysselsättning och minskad långtidsarbetslöshet

Indikatorer och mått: Sysselsättningen inkl. deltidsarbetande och personer i arbetsmarknadspolitiska program var 78 procent år 1999 i åldersgruppen 25–64 år och bör under perioden öka för denna åldersgrupp till minst 85 procent. Långtidsarbetslösheten bör reduceras från 1,4 procent av arbetskraften år 1999 till under 0,5 procent. De angivna procentandelarna skall gälla alla etniska grupper i Sverige. Källa för senaste mätvärde: SCB:s arbetskraftsundersökningar.

Mål 7: Goda möjligheter till fortbildning, omskolning och vuxenutbildning

Indikatorer och mått: 40 procent av arbetskraften över 25 år bör årligen ha tillgång till utbildning inom företagets eller samhällets ram om minst fem arbetsdagar. År 1996 var andelen 26 procent. Källa för senaste mätvärde: SCB:s arbetsmiljöundersökningar.

36 procent år 1996 av arbetssökande personer med långvarigt socialbidrag (10–12 månader under ett år) har grundskola som högsta utbildningsnivå. Personer i denna situation bör ges adekvat utbildning för att förbättra sina möjligheter att bli självförsörjande. Källa för senaste mätvärde: Socialstyrelsens försörjningsprojekt.

3.5.4 Strategi 3 – Öka människors inflytande och trygghet i arbetslivet

Mål

8. *Psykiska och ergonomiska arbetskrav anpassas till individens förutsättningar. Ökade möjligheter ges att påverka arbetsvillkoren och att utveckla ny kompetens. Oberoende av anställningsform bör alla ha likvärdiga anställningsförhållanden.*

Den tredje strategiska inriktningen är att öka människors inflytande i arbetslivet. Vi har en omfattande kunskap om att människors möjligheter att påverka sin arbetssituation spelar en stor roll för deras hälsa. Dessa möjligheter är viktiga därför att bristande inflytande och maktlöshet är en riskfaktor i sig, men också därför att negativa hälsoeffekter av psykosociala och fysiska krav kan minska eller neutraliseras om människor ges goda möjligheter att påverka hur de skall kunna leva upp till kraven. Inflytande är alltså en skyddsfaktor i relation till många olika riskfaktorer. Rörelsefrihet och kontroll även inom andra av livets sfärer, som t.ex. ekonomi, boende och familj, är viktiga för att människor skall kunna bemästra livets förändringar och svårigheter. Dessa områden av frihet och kontroll är dock mindre studerade än de som avser arbetslivet.

Den redovisade insikten när det gäller arbetslivet får allt större hälsopolitisk betydelse i takt med att kraven och rörligheten i arbetslivet ökar. Inom såväl industrisektorn som inom service och vård ökar arbetskraven både kvantitativt och kvalitativt för en liten kärna av fast anställd personal. Samtidigt arbetar en växande grupp av personer i både

hög- och lågkvalificerade yrken i tillfälliga anställningar, som vikarier, i projekt- och behovsanställningar och med konsultinsatser. Inom industrin sker en allt snabbare och mer precis anpassning till efterfrågeförändringar på den globala marknaden, samtidigt som det inom vård, omsorg och skola sker en allt snävare anpassning till växlingar i den offentliga ekonomin. Detta ökar förändringstrycket på hela arbetsmarknaden.

Många av dessa förändringar – bl.a. de ökande möjligheterna till utbildning och utveckling i arbetet – är positiva även ur ett hälsoperspektiv, men inom många områden kan de potentiellt positiva hälsoeffekterna av förändringarna antas nås bara om de matchas av lämpliga skyddsfaktorer. Två förhållanden bedöms vara särskilt viktiga för utvecklingen: Det ena är, som redan har nämnts, att ge människor (individuellt och kollektivt) möjligheter att kunna påverka hur de skall leva upp till kraven i arbetslivet. I detta ingår att arbetstagarna skall ges förbättrade kontrollmöjligheter när det gäller bl.a. arbetstempo, arbetstid, inflytande och stress. Ett hälsofrämjande arbete på arbetsplatserna innebär vidare mer allmänt att arbetsförhållandena skall anpassas till människors förutsättningar och behov. Det andra förhållandet handlar om att de krav som ställs på människors allt större rörlighet mellan arbetsplatser, arbetsuppgifter och regioner bör motsvaras av strukturer som skapar en sådan trygghet att de enskilda personerna vågar ta chansen att flytta etc. Det är t.ex. särskilt viktigt att socialförsäkringarna inte är knutna till yrken och arbetsgivare samt att samhället tillhandahåller omställningsstöd till utbildning, flyttning etc.

Mål, indikatorer och mått

Mål 8: Psykiska och ergonomiska arbetskrav anpassas till individens förutsättningar. Ökade möjligheter ges att påverka arbetsvillkoren och att utveckla ny kompetens. Oberoende av anställningsform bör alla ha likvärdiga anställningsförhållanden.

Indikatorer och mått: Andelen som är med och beslutar om det egna arbetets uppläggning bör öka från 73 procent år 1997 till 90 procent och andelen som får lära sig nytt och utvecklas i arbetet bör öka från 53 procent år 1997 till 75 procent. Andelen som dagligen lyfter tungt (över 15 kilo) bör minska från 25 procent år 1997 till 15 procent. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

3.5.5 Strategi 4 – Öka barnfamiljernas ekonomiska och tidsmässiga utrymme

Mål

2. *Minskad relativ fattigdom*

8. *Psyksiska och ergonomiska arbetskrav anpassas till individens förutsättningar. Ökade möjligheter ges att påverka arbetsvillkoren och att utveckla ny kompetens. Oberoende av anställningsform bör alla ha likvärdiga anställningsförhållanden.*

Vår hälsa formas av de ackumulerade risk- och skyddsfaktorer som vi är utsatta för under livets gång, men under vissa perioder av livet är människor mera sårbara än under andra perioder. Under sådana perioder är det särskilt viktigt vilka risk- och friskfaktorer man utsätts för. Vad vi utsätts för under fostertiden, barndomen och tonåren får exempelvis stor betydelse för vår hälsa längre fram i livet, också på så sätt att det kan öka eller minska motståndskraften mot svårigheter vid senare tidpunkter. Det tillhör vårt samhälles grundläggande etiska utgångspunkter att alla barn skall ges så goda förutsättningar för sin start i livet som möjligt oavsett föräldrarnas förutsättningar att på egen hand tillhandahålla dessa. Barnens villkor har därför alltid varit högt prioriterade i hälsopolitiken. Denna prioritering har varit mycket framgångsrik, men även här sker för närvarande förändringar som kräver en skärpt uppmärksamhet för att vi skall kunna få en fortsatt nytta av de satsningar som har gjorts på en hög personalkompetens inom t.ex. mödra- och barnhälsovård, barnomsorg och skola.

Det har alltid funnits barn som föds in i familjer där föräldrarna är sjuka eller har svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden och att försörja sig. I Sverige har vi internationellt sett ett mycket lågt antal ensamstående unga mödrar, men vi har en hög äktenskaplig rörlighet som skapar utsatta situationer för många barn, i varje fall periodvis. Tendenserna till marginalisering, dvs. att ett ökat antal hushåll har svårigheter på arbetsmarknaden, samtidigt som de inte lyckas kvalificera sig i det generella socialförsäkringssystemet, och ofta dessutom har dålig tillgång till stöd genom familj och släkt, medför att antalet barn som växer upp under utsatta omständigheter ökar.

Utländska och svenska studier visar (se avsnitt 4.3) att permanent låga inkomster och inkomstförsämringar är riskfaktorer genom den ekonomiska stress och i vissa fall skam som det innebär att inte ha

samma möjligheter som andra i samhället, att behöva oroa sig för att ekonomin inte skall gå ihop etc. Det är effekter som drabbar både föräldrar och deras barn. Vidare vet vi att ekonomisk stress och arbetslöshet i hög grad interagerar, att tobaksrökning är relaterat till ekonomisk stress och arbetslöshet och att det därtill finns ett allt tydligare samband mellan låg inkomst och högt fettinnehåll i kosten.

Det är därför allvarligt att just barnfamiljerna är den grupp som fått offra mest i ekonomisk standard under 1990-talet och att ca 40 procent av hushållen med långvarigt socialbidragsberoende numera är barnhushåll (SOU 1999:46 och Socialstyrelsens försörjningsprojekt). Det är inget hälsovänligt samhälle där många barnfamiljer pressas i termer av arbetslöshet och ekonomisk stress medan andra pressas i termer av stress på arbetet och brist på tid att vara med barnen. Sjunkande födelsetal och ökande psykiska symtom hos barn och unga vuxna är tillräckliga varningssignaler. Familjepolitik inkl. barnomsorg, skattepolitik, bostadspolitik, och arbetslivsreformer bör därför prioritera barnfamiljernas situation både vad gäller ekonomi och tid.

Mål, indikatorer och mått

Mål 2: Minskad relativ fattigdom

Indikatorer och mått: Antalet barnhushåll (ej personer) med långvarigt socialbidragsberoende (10–12 månader under ett år) var 39 000 år 1997, motsvarande 39 procent av hushållen med långvarigt socialbidragsberoende. Antalet hushåll med barn som har långvarigt socialbidragstagande bör halveras. Källa för senaste mätvärde: Socialstyrelsens försörjningsprojekt.

Mål 8: Psykiska och ergonomiska arbetskrav anpassas till individens förutsättningar. Ökade möjligheter ges att påverka arbetsvillkoren och att utveckla ny kompetens.

Indikatorer och mått: Ökade möjligheter skall ges till föräldrar med småbarn till flexibel och reducerad arbetstid. Andelen småbarnsföräldrar med övertid är 42 procent för män och 33 procent för kvinnor. Andelen bör minska till under 20 procent för båda könen. Andelen småbarnsföräldrar med flexibel arbetstid är 60 procent för män och 51 procent för kvinnor. Andelen bör öka till 75 procent. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Arbetskraftsundersökningar.

3.5.6 Strategi 5 – Ge barn och ungdomar likvärdiga förutsättningar i livet genom att minska segregationen och genom kompensatoriska åtgärder

Mål

9. *Minskad ekonomisk och etnisk boendesegregation och ökade generella kompensatoriska åtgärder för barn och ungdomar i utsatta områden.*
10. *Alla barn bör ges rätt till utbildning t.o.m. gymnasienivån som anpassas efter deras behov.*

Det har alltid funnits en bostadssegregation i Sverige, dvs. att hushåll med olika ekonomiska förutsättningar har bott på olika håll, men segregationen håller på att ändra karaktär på så sätt att den inte enbart sker efter ålder, yrke och inkomst som tidigare, utan numera också efter etnicitet. Den omfattar inte bara kvarter och mindre stadsdelar utan i allt högre grad också stora stadsdelar och t.o.m. kommuner. Denna utveckling innebär en utmaning och ökar behovet av generella insatser i utsatta områden som kan kompensera för de brister i uppväxtvillkor som många barn har där.

En bakgrund till behovet av kompenserande insatser är att svenska och utländska studier talar för att exponering för ekonomiskt och socialt utsatta stadsdelsmiljöer är en riskfaktor vid sidan om individens egen ekonomiska situation (se avsnitt 4.3). En annan anledning är att hushåll i underprivilegierade områden har sämre tillgång till såväl informellt familje- och kamratstöd (se avsnitt 5.2) som formellt stöd via t.ex. mödra- och barnhälsovården, förskolan och skolan än vad mer privilegierade områden har. Ytterligare en indikator på de sociala svårigheterna i segregerade områden är att ofullständiga betyg från grundskolan resp. avhopp från gymnasiestudier är vanligare bland ungdomarna i dessa områden än i övriga områden. Riksdagen har beslutat att lokala utvecklingsavtal skall tas fram för de mest utsatta stadsdelarna i storstadsregionerna för att bryta den sociala, ekonomiska och etniska segregation som finns där. Vi vill från vår sida framhålla att oberoende av om de utsatta stadsmiljöerna finns i storstadsregioner eller i kommuner utanför dessa regioner är det helt avgörande för barnens uppväxt, hälsa och möjligheter i samhället att det görs satsningar i dessa områden med små resurser på bl.a. en bra primärvård inkl. mödra- och

barnhälsovård, bra förskolor och skolor samt ett kraftfullt stöd till utveckling av föreningsliv och sociala nätverk som kan ge ett bra vuxenstöd till barnen. Sådana kompensatoriska mekanismer på institutionssidan tillsammans med ett stärkande av den sociala gemenskapen bedömer vi som en av de viktigaste åtgärderna just nu för att minska framtida klassklyftor i hälsa.

Mål, indikatorer och mått

Mål 9. Minskad ekonomisk och etnisk boendesegregation och ökade generella kompensatoriska åtgärder för barn och ungdomar i utsatta områden.

Indikatorer och mått: Andelen barn som växer upp i utsatta områden – dvs. områden där hushåll som tillhör den lägsta inkomstkventilen räknat för landet som helhet är fyra gånger så vanliga som genomsnittligt för landet – bör minska till under 10 procent. Det angivna måttet refererar till förhållanden i Stockholms län där 19 procent av barn och ungdomar i åldern 0–18 år bodde i utsatta områden enligt definitionen år 1998. Källa för senaste mätvärde: Folkhälsorapport 1999, Stockholms läns landsting.²³

Resursfördelningen beträffande förskola, skola, primärvård inkl. barn- och mödrahälsovård, polis och fritidssektor bör överensstämma med indikatorer på behoven. En eller flera indikatorer behöver utvecklas.

10. Alla barn bör ges rätt till utbildning t.o.m. gymnasienivån som anpassas efter deras behov.

Indikatorer och mått: Inga barn skall lämna grundskolan eller gymnasieskolan med ofullständiga betyg. För närvarande saknar 20 procent av eleverna i grundskolan fullständigt avgångsbetyg. 10 procent blir inte behöriga till ett nationellt program i gymnasiet. I vissa kommuner gäller detta så mycket som 25 procent av eleverna. 50 000–100 000 elever mår dåligt i skolan. De vantrivs, känner sig mobbade eller saknar studiemotivation. Källa för senaste mätvärde: Skolverkets rapport Läget i grundskolan 1999.

²³ I de kommuner som Storstadskommittén kartlade bodde 36 procent av barnen/ungdomarna år 1994 i fattiga bostadsområden enligt den redovisade definitionen. Storstadskommitténs undersökning omfattade dock inte kommuner i storstadslänen med mer välbärgade invånare, varför procent-satsen är hög i kommitténs undersökning.

3.5.7 Strategi 6 – Ge äldre och personer som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade likvärdiga möjligheter att forma sina liv efter behov

Mål

11. *Ökade möjligheter till social gemenskap och meningsfull sysselsättning.*
12. *Alla äldre och långvarigt sjuka personer skall nås av ett aktivt uppsökande och hälsofrämjande arbete.*

En av de allra viktigaste slutsatserna av de etiska resonemangen i kapitel 2 var att det är jämlikhet i sjukdomars konsekvenser för människors frihet att styra sina livsvillkor som skall vara det avgörande kriteriet för vilka insatser som skall göras. Det betyder att rättvisa i hälsopolitiken inte bara handlar om risken att bli sjuk utan också om konsekvenserna för livsföringen av att man har blivit sjuk och fått sin funktionsförmåga nedsatt i olika avseenden. Hälsopolitikens ansvarsområde slutar inte då människor blivit sjuka i och med att många faktorer som är viktiga för att förebygga sjukdom också är viktiga för sjukdomars förlopp och deras konsekvenser för individen. I tabell 3.4 ovan såg vi att människors sociala position inte bara påverkar risken att bli sjuk utan även påverkar vilka sociala konsekvenser sjukdomar får för den enskilde, bl.a. på arbetsmarknaden. Sjukdomars sociala och ekonomiska konsekvenser i termer av sysselsättning, inkomster, utgifter, socialt nätverk etc. kan sedan spela en viktig roll för det fortsatta förloppet när det gäller sjukdom och ohälsa och därmed även förstärka de sociala mönstren i förekomsten av sjukligheten.

De sociala konsekvenserna av sjukdom och ohälsa som vi nu ser öka i samhället gäller en bred krets av människor med måttliga psykiska och psykosomatiska symtom, som på grund av framför allt de ökande kraven i arbetslivet har svårt att få eller upprätthålla ett arbete. Denna breda krets av människor och orsakerna till problemen bör enligt vår mening uppmärksammas i högre grad inom ramen för bl.a. arbetsmarknadspolitiken, utbildningspolitiken och inom socialförsäkringen. Konsekvenserna av sjukdom och ohälsa för sysselsättning och annan social aktivitet bör också uppmärksammas på kommunal nivå.

En annan grupp som är viktig att uppmärksamma när det gäller konsekvenser av sjukdom och ohälsa är äldre. Vi vet att äldres oberoende

och välbefinnande är starkt kopplat till deras hälsosituation. Intresset har mot den bakgrunden ökat under senare år för att via hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser öka antalet friska och självständiga år med god livskvalitet hos äldre. Forskningen visar entydigt att detta är möjligt och att särskilt fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och att ha en uppgift är hörnstenar för en god hälsa. Ett aktivt uppsökande arbete bland äldre som diskuteras i avsnitt 11.3 är ett exempel på hur man genom stöd till äldre personer i deras miljö, och i ett tidigt skede av kroniska sjukdomar som drabbar äldre, kan påverka de äldres livskvalitet och hälsa. I avsnittet diskuteras också andra åtgärder med inriktning på äldres egenkontroll över sin situation och med avseende på mat, fysisk aktivitet och sociala villkor i övrigt.

Vi tänker oss ofta hälsopolitikens olika delar så att hälsofrämjande och primärpreventiva insatser i första hand ligger utanför hälso- och sjukvårdssektorns ram medan sekundär prevention samt behandlande och rehabiliterande åtgärder åligger hälso- och sjukvården. En sådan uppdelning missar emellertid det viktiga förhållandet att samma faktorer som har en primär preventiv effekt också spelar en stor roll för sjukdomsförlopp, funktionsförmåga och handikapp. Därmed får sjukvårdens utformning och finansiering liksom socialförsäkringen en viktig roll i folkhälsoarbetet inklusive möjligheterna att påverka de sociala ojämlikheterna i hälsa.

Mål, indikatorer och mått

Mål 11: Ökade möjligheter till social gemenskap och meningsfull sysselsättning

Indikatorer och mått: Bland personer i åldern 20–64 år som har långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga bör andelen sysselsatta öka från 53 procent år 1997 till 70 procent. Denna nivå motsvarar den som rådde år 1990. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

Andelen äldre (över 64 år) och långvarigt sjuka med funktionsnedsättning som saknar en regelbunden (högst en gång per månad) kontakt med släkt eller en nära vän var år 1996/97 12 procent för långvarigt sjuka och 13 procent för äldre. Dessa andelar bör minska. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

Mål 12: *Alla äldre och långvarigt sjuka personer skall nås av ett aktivt uppsökande och hälsofrämjande arbete*

Indikatorer och mått: Andelen äldre resp. långvarigt sjuka som under ett år har haft hembesök eller annan kontakt i hälsofrämjande syfte av socialtjänsten eller hälso- och sjukvården bör öka. För denna indikator saknas för närvarande mätvärden.

3.5.8 Strategi 7 – Skapa miljöer för en hållbar hälsoutveckling

Mål

13. *Ingen skall bli sjuk eller få symptom till följd av brister i inomhusmiljön*

14. *Trafikskadorna skall minska*

Vår fysiska miljö är under ständig förändring. Många hälsorisker i bostäder, trafik och på våra arbetsplatser har undanröjts men nya tillkommer fortlöpande. Även om många av de kvantitativt sett viktigaste hälsoriskerna är relaterade till våra levnadsvanor och sociala villkor upplever människor att samhället har ett särskilt ansvar för att skydda mot hälsorisker i den fysiska miljön i luft, vatten och födoämnen. Det beror främst på att dessa risker är särskilt svåra för den enskilda individen att upptäcka och påverka. I och med att fysiska hälsorisker i miljön uppstår och kan åtgärdas inom många olika samhällssektorer inkl. industri, boende, jordbruk, livsmedelsindustri etc. blir det viktigt att hälsoaspekter ges en ökad tyngd vid sidan av miljöaspekter inom alla dessa sektorer. Det innebär också att internationellt arbete i Europa och globalt blir av stor betydelse för hälsoutvecklingen i Sverige.

Om vi begränsar oss till de miljörisker som finns utanför arbetslivet visade den analys som gjordes av Miljöhälsoutredningen (SOU 1996:124) att riskfaktorer för astma och luftvägsbesvär, lungcancer och elakartat hudcancer samt olycksfallsskador är särskilt viktiga folkhälsoproblem inom miljöområdet. I termer av sjukdomsburda kan vi konstatera att utöver de tobaksrelaterade skadorna är allergier och annan överkänslighet samt olycksfallsskador särskilt tungt vägande. Bland skadorna har de som förorsakas av trafiken den tyngsta sjukdomsburdan. Medan kunskaper om orsaker och metoder för att förebygga skador är

mycket goda är orsakerna till de snabbt ökande allergiska besvären i befolkningen mindre väl kända.

Mål, indikatorer och mått

Mål 13. *Ingen skall bli sjuk eller få symptom till följd av brister i inomhusmiljön*

Indikator och mått: Enligt undersökningar från början av 1990-talet besväras 10 procent av befolkningen av sin inomhusmiljö. År 2010 skall ingen vara utsatt för miljötabaksrök i offentliga lokaler och inga bostäder skall ha radonhalter över 400Bq/m³. 75 procent av ventilationssystemen i byggnader skall vara åtgärdade så att de ger en tillfredsställande luftkvalitet vad avser ventilationsflöde och luftkvalitet. Källa för mål: Boverket. God bebyggd Miljö (Regeringsuppdrag om miljömål oktober 1999).

Mål 14. *Trafikskadorna skall minska*

Indikatorer och mått: Sjukdomsburden i trafikskador beräknat som förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY) skall minska med 5 procentenheter per år. Källa: Se redovisning om skador i kapitel 10.

3.5.9 Strategi 8 – Öka solidariteten med dem som är sårbara för livsstilsrisker – tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet och fet mat

Mål

15. *Tobaksrökningen bör minska*
16. *Alkoholkonsumtionen bör minska*
17. *Matens innehåll av fett bör minska i befolkningen och konsumtionen av frukt och grönsaker öka*
18. *Motion och fysisk aktivitet bör öka*
19. *Andelen människor med övervikt bör minska*

Vår växande kunskap om sociala och ekonomiska faktorerers betydelse för människors hälsa har inte inneburit någon omvärdering av den folkhälso-mässiga betydelsen av levnadsvanor som är relaterade till exempelvis tobak, alkohol, kost och motion. Snarare är det så att vi har en bättre kunskap i dag än tidigare om hur sociala och genetiska faktorer samverkar med dessa livsstilsrisker i många olika sjukdomars etiologi och sociala fördelning. Det betyder att människors sociala situation och genetiska förutsättningar gör dem ibland mera och ibland mindre sårbara för hälsoeffekterna av flera av dessa riskfaktorer. Ur en hälsopolitisk synvinkel skapar detta en komplikation i den meningen att generella konsumtionspåverkande åtgärder kan upplevas av många som onödiga restriktioner, samtidigt som de kan vara avgörande för att skydda de sårbara grupperna för ganska påtagliga hälsorisker. Situationen är egentligen inte så olik vad vi redovisade ovan om barnens situation, där en del barn under en sårbar fas av livet är särskilt beroende av samhällets kompensatoriska åtgärder för att de skall få en start i livet på lika goda villkor som andra barn.

Inte minst på alkoholområdet har det länge rått enighet om att alkoholpolitiken bör utformas med särskild omsorg om den mindre grupp människor som har stor risk att utveckla ett beroende och som drabbas av särskilt kraftiga sociala och medicinska effekter till följd av detta. Vi börjar även på tobaksområdet att ta växande hänsyn till icke-rökarna, varav en del är särskilt överkänsliga för tobaksröken. Eftersom tobaksrökning utgör den enskilt största hälsorisen i samhället motiverar detta dessutom särskilda åtgärder för att minska andelen rökare. Fysisk aktivitet är viktigt inte minst för barn och äldre, och ett av skälen till att förbättra promenadvägar och stimulera föreningar att engagera äldre i sina verksamheter är att öka äldres motivation för rekreation och fysisk aktivitet. Även för barn och ungdom behöver stimulansen till idrott och annan fysisk aktivitet förbättras eftersom undersökningar visar på en minskande aktivitet. Idrottsorganisationernas möjligheter att ge denna stimulans bör därför uppmärksammas särskilt. En hög fetthalt i kosten, inkl. en för stor andel mättade fetter, är en viktig riskfaktor. Den pågående subventioneringen av fetthaltiga födoämnen – mjölk i Sverige och även andra produkter inom övriga EU – bör upphöra.

När det gäller alkohol och tobak, har Sverige fört en mycket framgångsrik politik jämfört med många andra länder. Samtidigt sker förändringar i omvärlden som ställer nya krav på agerandet. Internationaliseringen av konsumtionsmarknaden, EU:s regelverk, ökad smuggling etc. ändrar förutsättningarna när det gäller att upprätthålla en hög effektivitet och rättvisa med hjälp av de verktyg som denna politik har haft till förfogande hittills. Samtidigt är det inget som talar för att människors solidaritet med dem som är särskilt beroende av en effektiv

politik på dessa områden har minskat. Det är därför en utmaning att politiken med avseende på livsstilsfaktorerna utformas som en sådan solidarisk åtgärd snarare än som en enbart upplysande verksamhet.

Mål, indikatorer och mått

Mål 15. Tobaksrökningen bör minska

Indikatorer och mått: Andelen i befolkningen som dagligen röker bör minska med 1 procentenhet per år från en nivå på 19 procent år 1997. Rökning bör minska kraftigare bland föräldrar till minderåriga och bland invandrargrupper där andelen rökare är särskilt hög. Rökning bör vidare minska till 0 procent för gravida kvinnor och ungdom under 18 år fram till år 2010. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

Mål 16. Alkoholkonsumtionen bör minska

Indikatorer och mått: Den totala genomsnittliga alkoholkonsumtionen (inkl. icke registrerad konsumtion) bör minska med 25 procent från 8 till 6 liter 100-procentig alkohol per person. Källa för senaste mätvärde: OAS. Se redovisning om alkohol i kapitel 10.

Mål 17. Matens innehåll av fett bör minska i befolkningen och konsumtionen av frukt och grönsaker öka

Indikatorer och mått: Kostens innehåll av fett bör reduceras till 30 procent av kaloriintaget. Maximalt 1/3 av fettets bör vara mättat fett. Kolhydratenergiandelen bör öka till 55 procent, varav mindre än 1/6 bör vara socker. Kostens innehåll av frukt och grönsaker bör öka till 600 gram per person och dag i genomsnitt.

Mål 18. Motion och fysisk aktivitet bör öka

Indikatorer och mått: Andelen barn och vuxna inkl. äldre som motionerar bör öka. Andelen som motionerar (inkl. en rask promenad) en gång i veckan bör öka från 55 procent år 1997 till 70 procent. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

Mål 19. Andelen människor med övervikt bör minska

Indikator och mått: Andelen vuxna med kraftig övervikt ($BMI \geq 30$) bör minska från ca 8 procent år 1997 till under 5 procent och andelen barn under 16 år med måttlig övervikt ($BMI \geq 20$) bör minska från 7 procent till under 5 procent. Källa för senaste mätvärde: SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).