

DEL 3 – MÅL OCH ÅTGÄRDER INOM OLIKA SAKOMRÅDEN

4 Arbetsliv och ekonomisk trygghet

4.1 Inledning

Ett centralt problemområde vid analys och utformning av samhällets hälsopolitik är de oförändrat stora eller ökande sociala skillnaderna i förtida död, sjukdom, skador och egenrapporterad ohälsa. Orsakerna till dessa skillnader i olika gruppers hälsosituation är i hög grad skilda livsvillkor och levnadsvanor, där de senare ofta har sin grund i livsvillkoren.

I kapitlet riktas uppmärksamheten mot tendenser i den allmänna samhälls- och välfärdsutvecklingen som enligt vårt vetenskapliga 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. Mot bakgrund av en beskrivning och analys av förhållanden som berör dessa områden lämnar vi förslag till mål och strategier som vi anser kan vara verkningsfulla när det gäller att främja en god och mer jämlik hälsa. I en avslutande bedömning (avsnitt 4.4) redogör vi för våra viktigaste slutsatser.

4.2 Arbetsliv

4.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

I detta avsnitt behandlas sambandet mellan arbetslivets villkor och folkhälsan. Syftet är att ge en bild av vilka arbetslivsrelaterade problem vi har i dag, vilka medel och möjligheter vi har att förändra situationen på de punkter där det behövs, vilka aktuella mål och åtgärder som finns beträffande arbetsmiljön och arbetslivsrelaterade problem samt slutligen att utifrån detta fastställa mål och strategier för framtiden.

Arbetslivsfaktorernas betydelse i ett folkhälsoperspektiv

Förvärvsarbete är inte bara 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 bidrar också till att skapa självkänsla och strukturera tid för oss. I vårt land är människors livsvillkor i hög grad knutna till och beroende av det betalda arbetet. Bra förhållanden på arbetsmarknaden är avgörande för befolkningen när det gäller välfärd, valmöjligheter, handlingsfrihet och social sammanhållning.¹ Arbetet kan alltmer betraktas som en förutsättning för vår hälsa. Många studier har visat att dödligheten är betydligt lägre bland förvärvsarbetande än bland icke förvärvsarbetande. Hälsoselektionen till arbetsmarknaden, dvs. rekrytering av övervägande friska individer, har inte helt kunnat förklara dessa skillnader i dödlighet.²

Forskningen har kartlagt ett stort antal fysiska och psykosociala hälsorisker förknippade med vissa typer av arbeten. Trots framsteg när det gäller att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador, finns det fortfarande många arbeten som är monotona, tunga och smutsiga och som kännetecknas av hög ergonomisk belastning samt kemiska och fysikaliska risker. Vissa av förändringarna i arbetslivet innebär dessutom att nya risker introduceras, t.ex. nya kemiska substanser och elektromagnetiska fält, vilka kräver ständig uppmärksamhet i sjukdomsförebyggande arbete. På senare år har även förekomsten av negativ stress, dvs. höga psykiska krav i kombination med litet beslutsutrymme, uppmärksammats i relation till hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och psykisk ohälsa.³

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.

¹ Westerholm B. Sysselsättning, hälsa och välfärd. I: Boström G. m.fl. (red). *Arbetslöshet, folkhälsa och välfärd*. Folkhälsoinstitutet 1996:86. Stockholm, 1996.

² Vågerö D, Lahelma E. Women, Work and Mortality: An analysis of the relation between female labour participation and female mortality rates. I: Orth-Gomér K. m.fl. (red). *Women, stress and heart disease*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1998.

³ Se t.ex. Westerholm P. Kön, arbete och hjärt- och kärlsjukdom. In: *Yrkesarbetande kvinnors hälsa*, Stockholm 1999, Se även Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York. Basic Books, 1990.

Samtidigt som vi uppmärksammar arbetslivets positiva och negativa hälsoeffekter, är det viktigt att även se till arbetslöshetens direkta och indirekta hälsoeffekter. Arbetslöshet påverkar hela hälsopanoramats, från hälsobeteende, symptom på sjukdom och sociala effekter av sjukdom till kliniskt diagnostiserbar ohälsa och död.⁴ Ökad arbetslöshet påverkar även arbetsförhållanden för dem som blir kvar i arbetslivet bl.a. genom övertidsarbete och ökad negativ stress.

Hälsoproblem i arbetslivet

Möjligheterna att leva ett hälsosamt liv är fortfarande mycket olika i dagens Sverige. ”Om okvalificerade arbetare skulle kunna ges samma låga dödlighet som högre tjänstemän skulle dödligheten minska med 43 procent för männen och 23 procent för kvinnorna i denna grupp. Nästan hälften av dödligheten bland dessa arbetarmän, och närmare en fjärdedel av dödligheten bland kvinnorna i samma grupp, är alltså i någon mening socialt genererade” – skriver Olle Lundberg i sin studie av dödlighetsskillnader mellan olika socioekonomiska grupper.⁵ Kvinnor med arbetarbakgrund har den minst gynnsamma hälsoutvecklingen. De tre viktigaste mekanismerna bakom klasskillnader i sjuklighet består av den fysiska arbetsmiljön, följd av hälsorelaterade beteenden och barndomsförhållanden. Det område där de socioekonomiska grupperna skiljer sig mest åt är just den fysiska arbetsmiljön. Att dagligen behöva utföra tunga lyft, stå i olämpliga arbetsställningar eller utföra ensidiga arbetsrörelser är mycket mer vanligt bland arbetare än bland tjänstemän. Detsamma gäller utsatthet för farliga ämnen, buller, damm och gas etc. Att denna skillnad de sociala klasserna emellan kan leda till skillnader i hälsa är därför i högsta grad trolig. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på arbetsmiljöområdet är därför viktiga om målet för vår hälsopolitik är att minska den sociala ojämlikheten i hälsa.⁶

Nedan kommer några viktiga delar av hälsoproblematiken i arbetslivet att redovisas.

⁴ Janlert U. Ökad arbetslöshet – mer missbruk och psykiskt lidande. I: Steineck G (ed). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. SBU och Folkhälsoinstitutet, Stockholm 1997.

⁵ Lundberg O. Om ohälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige. I: Nationella folkhälsokommitténs debattskrift: *En god hälsa – ett socialt privilegium?* Stockholm, 1998.

⁶ Lundberg O. Exploring causal mechanisms that generate health inequalities. In: Arve-Parés B. (red). *Inequality in Health – A Swedish Perspective*. Stockholm. Socialvetenskapliga forskningsrådet, 1998.

Arbetsmiljö

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 s.k. slimmade organisationer (lean production) 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.

Återvinningssektorn är i Sverige en relativt ny bransch där gamla arbetsmiljöproblem uppstår i ny tappning. På dessa arbetsplatser som uppstår i snabb takt saknas ofta kunskap om vilka risker som är förknippade med verksamheten. Arbetsmiljöproblem som åtgärdats inom andra branscher återkommer ofta i denna bransch. Det kan röra sig om exponering för damm, mikroorganismer, lösningsmedel och buller liksom skador från stickande och skärande föremål. Också nya risker har uppkommit, t.ex. vid destruktion av datorer med risk för exponering för flamskyddsmedel som aldrig bryts ner och som kan öka cancerrisken.

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. Ca 90 procent av arbetsmiljörelaterade hudsjukdomar är handeksem.

Svårartade mellanmänskliga relationer ökar i omfattning som arbetsmiljöproblem. En aspekt av detta är att konflikterna på arbetsplatserna har ökat. Detta gäller såväl konflikter med överordnade som med kamrater. Arbetstagare drabbas också av våld och hot om våld från utomstående. En SCB-studie från år 1997 visar att 17 procent av kvinnorna och 9 procent av männen varit utsatta för våld och hot om våld under senaste 12 månaderna. Särskilt utsatta är personal inom vård,

omsorg och socialt arbete, där frekvensen är mångfaldigt högre än inom andra områden.⁷

Anmälda och godkända arbetssjukdomar

Lagen om arbetsskadeförsäkring förändrades den 1 januari 1993 både vad gäller arbetsskadebegrepp och bedömningsgrunder. Den 1 juli 1993 togs den förhöjda arbetsskadesjukpenningen bort. Sammantaget har detta inneburit att både antalet prövade fall och andelen godkända fall minskat väsentligt. Prövningen görs av försäkringskassorna och under år 1996 bifölls 40 procent av prövade arbetssjukdomsärenden, mot 69 procent år 1992.⁸

Av de arbetssjukdomar som anmälts till Informationssystemet om arbetsskador (ISA) under åren 1994–1997 har hittills 2 729 fall påförts försäkringskassans bedömning. Andelen godkända fall bland de prövade är 34 procent. Det finns en stor könsskillnad när det gäller andelen godkända fall, 23 procent för kvinnor och 44 procent för män.

Den stora minskningen i antalet anmälda arbetsskador, såväl arbetssjukdomar som arbetsolycksfall, inträffade i slutet av 1980-talet fram till år 1992. Efter år 1990 har antalet anmälda arbetsskador minskat med ca en tredjedel. En viss minskning av arbetsskador i den officiella statistiken har också skett efter år 1994. Antalet arbetsskador inklusive färdolycksfallen och arbetsolycksfall utan sjukskrivning är för närvarande ca 100 000 per år.

År 1992 var antalet arbetsskador inom LO-området 35 per 1 000 anställda jämfört med 22 fall år 1996. För tjänstemännen var motsvarande siffror 7 fall per 1 000 anställda år 1992 och nära 5 fall år 1996.⁹

Belastningsskador¹⁰ är den vanligaste anmälda arbetsskadan. Var tredje anmälan år 1996 berodde på belastningsbesvär. Anmälningarna om belastningsskador ökade kraftigt i mitten av 1980-talet. Sedan år 1990 har anmälningarna minskat med över 70 procent. Kvinnor har

⁷ Se t.ex. Arbetarskyddsstyrelsen och SCB. *Arbetsmiljön 1997*. Statistiska meddelanden, AM 68 SM 9801, 1998, Aronsson G, Sjögren A, *Samhällsomvandling och arbetsliv. Omvärldsanalys inför 2000-talet*. 1994; SOU 1999:69. *Individen och arbetslivet*; Medling B. Arbetsrelaterad hudsjukdom. In: *Yrkesarbetande kvinnors hälsa*. Arbetslivsinstitutet (ALI) 1999; Järvholm B. (red.) *Arbetsliv och hälsa – en kartläggning*. ALI 1996.

⁸ Arbetarskyddsstyrelsen. *Korta Arbetskadefakta*. Nr 2, 1998.

⁹ Nilsson C. *Arbetskadornas utveckling inom LO-området*. LO, 1998.

¹⁰ Belastningsskador som inträffat genom en plötslig och oförutsedd händelse hänförs till belastningsolyckor, medan skador som uppstått genom påverkan under längre tid hänförs till belastningssjukdomar.

större andel anmälda belastningsrelaterade skador än män. Det anmäls något fler arbetssjukdomar bland kvinnor än bland män, medan två av tre olyckor drabbar män. Tunga lyft av patienter, lådor och kartonger, ensidiga arbetsställningar, bildskärmsarbete och stress är vanliga skäl till anmälda belastningssjukdomar för kvinnor. För män tillkommer vibrationer och kyla samt olämpliga arbetsställningar, speciellt i byggyrken.

Självrapporterad ohälsa

Statistiska centralbyråns arbetsmiljöundersökning visar att under år 1997 hade nära var femte yrkesverksam, motsvarande uppemot 700 000 personer, sådana fysiska besvär till följd av sitt arbete att de hade svårt att arbeta eller utföra ett dagligt hemarbete. Var femtonde, drygt 250 000, hade andra typer av besvär, orsakade av exempelvis stress och psykisk påfrestning, som påverkade arbetsförmågan. Ungefär var tredje av dem som hade någon form av arbetsorsakade besvär var sjukskriven.

Den vanligaste orsaken till besvär bland kvinnor är enligt undersökningen påfrestande arbetsställningar, vilket 10,5 procent uppger. Därefter följer stress och psykiska påfrestningar, som 7,9 procent anger, och tung manuell hantering, vilket 7 procent uppger. Samtliga påfrestningar hade ökat sedan en motsvarande undersökning ett år tidigare.

För män dominerar påfrestande arbetsställningar, vilket 6,9 procent uppger. Det är en minskning jämfört med året innan. Därefter följer tung manuell hantering som redovisas av 5,2 procent samt stress och psykiska påfrestningar, som ökat under ett års tid från 3,7 procent till 4,5 procent.

Bland arbetare dominerar påfrestande arbetsställningar. Var tionde man och var åttonde kvinna rapporterar detta. Bland tjänstemän på mellan och högre nivå är stress och psykiska påfrestningar den vanligaste orsaken till besvär. Dubbelt så många kvinnor som män uppger denna orsak.

Besvär till följd av stress och psykiska påfrestningar är vanligast inom utbildningssektorn på såväl grundskole- som gymnasienivå där 15–20 procent drabbas. Sådana besvär rapporteras dessutom av 19 procent bland psykologer och socialarbetare och av 13–17 procent av läkare och sköterskor.

Den största ökningen av besvär till följd av stress och psykiska påfrestningar jämfört med föregående undersökning finner man bland kvinnor som är linjechefer i större och medelstora företag, grund-

skolelärare och psykologer. För män har den största ökningen av dessa besvär skett bland hälso- och sjukvårdsspecialister.¹¹

Arbete och förtidspensionering

Under den senaste 10-årsperioden har antalet förtidspensionerade varierat påtagligt. År 1993 noterades det högsta antalet (62 000 personer) nybeviljade förtidspensioner någonsin. Under de senaste åren har antalet minskat och ligger nu på ca 40 000 personer. Eftersom antalet sysselsatta minskat under 1990-talet har emellertid andelen förtidspensionärer mätt som andel av de sysselsatta ökat, från 8 procent år 1990 till 10 procent år 1995.

Det har också skett en förnygring av de nyblivna förtidspensionärerna mellan åren 1988 och 1993, oberoende av förändringar i befolkningens ålderssammansättning. Under perioden sjönk andelen över 60 år medan andelarna i övriga åldersgrupper ökade och förändringen var likartad för både kvinnor och män. En konsekvens av detta är att medelåldern bland förtidspensionärerna har sjunkit, vilket medför både högre kostnader och större sociala och hälsomässiga effekter totalt. Risken att förtidspensioneras varierar påtagligt mellan olika yrken. Det finns ett tydligt och linjärt samband mellan arbetsmiljömässig belastning och förtidspension. Ju större belastning ett yrke innebär desto högre är den relativa risken att förtidspensioneras.¹²

Män i traditionellt kvinnodominerade yrken och kvinnor i traditionellt mansdominerade yrken löper särskilt hög risk att förtidspensioneras.¹³

Den arbetsrelaterade ohälsans kostnader

Möjligheterna att beräkna den arbetsrelaterade ohälsans kostnader både i mänskligt lidande och i ekonomiska termer är begränsade av flera skäl. Det står emellertid klart att dessa kostnader är stora och en diskussion kring dessa kostnader motiveras av att det på sikt faktiskt kostar mer att inte vidta några åtgärder för att förbättra läget än att göra det.

¹¹ Statistiska centralbyrån. *Arbetsorsakade besvär 1998*. Arbetarskyddsstyrelsen och SCB, Stockholm 1998.

¹² Stattin M. *Yrke, yrkesförändring och utslagning från arbetsmarknaden - en studie av relationen mellan förtidspension och arbetsmarknadsförändring*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Umeå Universitet 1998. Arbetsmarknadsstatistik för åren 1993–1998 visar att andelen yngre förtidspensionärer inte har minskat under de senaste åren.

¹³ Stattin M. (1998) a.a.

Det är omöjligt att tydligt identifiera all ohälsa som är arbetsrelaterad och därmed är det också omöjligt att beräkna de samhälleliga kostnaderna som uppstår på grund av sådan ohälsa. Även i fråga om sådan ohälsa som tydligt kan relateras till arbetslivet kan det vara svårt att i praktiken urskilja kostnaderna. Detta beror på att dessa kostnader belastar en rad olika intressenter och att våra möjligheter att särredovisa kostnaderna inom t.ex. sjukvård, socialförsäkringssystem och arbetsmarknadspolitik är starkt begränsade. Inte heller arbetsgivarna själva kan ge en korrekt redovisning av alla utgifter de har för t.ex. sjuk- och läkarvård, sjukpenning, livränta, minskad produktivitet, rehabilitering, m.m.

En studie som har genomförts på uppdrag av den s.k. LOSAM-utredningen belyser de ekonomiska konsekvenserna av att personer på grund av sjukdom eller andra funktionshinder inte kan få och behålla ett arbete på arbetsmarknaden och visar att samhällets kostnader för funktionshindrade eller arbetsoförmögna minskar när dessa genom rehabilitering och aktiva åtgärder får sysselsättning på arbetsmarknaden.¹⁴

Samhällets kostnader

Statens kostnader för den arbetsrelaterade ohälsan består huvudsakligen av tre slag; lägre skatteintäkter, lägre intäkter från arbetsgivare samt ökade utgifter för sjukpenning, rehabilitering och förtidspensioner. Kostnaderna belastar dessutom kommuner och landsting genom minskade skatteintäkter, kostnader för sjukvård m.m.

Riksförsäkringsverkets statistik för år 1997 visar att kostnaderna för socialförsäkringarna uppgick till sammanlagt 57,9 miljarder kronor. För sjukpenning uppgick kostnaderna till 13,9 miljarder kronor¹⁵, arbetsskadeersättningen kostade 6,1 miljarder, rehabiliteringskostnaderna uppgick till 0,9 miljarder och kostnaderna för förtidspension och sjukbidrag var 37,0 miljarder kronor år 1997. I dessa belopp inkluderas inte de enskilda arbetsgivarnas kostnader för t.ex. sjuklön, inte heller de kostnader som betalas via avtalsförsäkringar. År 1994 uppgick kostnaderna för avtalsförsäkringarna till 4,29 miljarder kronor.

Hur stor del av socialförsäkringens kostnader på närmare 58 miljarder kronor som kan hänföras till ohälsa i arbetslivet är svårt att beräkna.

¹⁴ SOU 1997:64. *Samhall. En arbetsmarknadspolitisk åtgärd*. Betänkande av LOSAM-utredningen, Stockholm, 1997.

¹⁵ Kostnaderna för sjukskrivning har ökat mycket kraftigt efter år 1997 enligt de senaste årens budgetpropositioner.

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.¹⁶

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.¹⁷

Arbetsgivarens kostnader

Den arbetsrelaterade ohälsan drabbar även arbetsgivarna. Deras kostnader är stora på grund av lägre produktivitet, störningar och omställningar i produktionen, högre frånvaro, ökade arbetsgivaravgifter för statliga och privata trygghetssystem, ökade kostnader för rehabilitering, ökad personalomsättning samt kostnader för sjuklön. Särskilt stora är arbetsgivarens kostnader för arbetsskadorna, genom bl.a. driftstörningar, kvalitetsförsämringar, ersättare, rekrytering, inskolning, övertid, rehabilitering och företagshälsovård.¹⁸

Individens kostnader

Det fysiska och psykiska lidande som all ohälsa i arbetslivet innebär är svårt att mäta i pengar. Ohälsa kan leda till en kraftigt försämrad social situation och sänkt livskvalitet. Risken att hamna i arbetslöshet är t.ex. högre för personer med hög sjukfrånvaro jämfört med andra. De rent ekonomiska konsekvenserna av arbetsrelaterad ohälsa för individen bör inte heller underskattas. Vid tre dagars sjukdom förlorar t.ex. individen 50 procent och vid 10 dagars sjukdom 22 procent av lönen. För en person som tjänar 15 000 kronor i månaden betyder detta att han eller hon kan förlora närmare 1 100 kronor vid tre dagars sjukskrivning och ca 1 250 kronor vid 10 dagars sjukskrivning. Vid konstaterat arbets-

¹⁶ Riksförsäkringsverket. *Socialförsäkringarnas omfattning 1996–1999*. RFV redovisar 1998:7.

¹⁷ Arbetarskyddsstyrelsen. *Den kostsamma ohälsan. Färre arbetsskador lönar sig för alla*. Stockholm, 1996.

¹⁸ A.a.

olycksfall blir förlusten vid ett års sjukskrivning ca 1 500 kronor i månaden i genomsnitt.¹⁹

Tendenser i utvecklingen av arbetsmarknaden och arbetslivet och dess hälsokonsekvenser

Arbetsmarknadens och arbetslivets utveckling och dess hälsokonsekvenser utgör en viktig utgångspunkt för kommitténs förslag till mål och strategier inom arbetslivsområdet. I detta avsnitt redovisas de viktigaste tendenserna som kännetecknar arbetslivets utveckling generellt, och mer specifikt beskrivs utvecklingen inom vård och omsorgssektorn, skolan samt IT-området.

Differentiering och flexibilitet

Den pågående utvecklingen inom arbetslivet gör att arbetsmarknaden och arbetskraften blir alltmer differentierad med ökande skillnader i arbetsvillkor och arbetsmiljö, vilket kommer att ha betydelse från folkhälsosynpunkt.²⁰ Det organisationsideal som är styrande för denna utveckling av den nya strukturen är den slimmade organisationen som är inriktad på företagets kärnverksamhet. Flexibilitet uppnås genom variation i antal anställda, arbetstider och kompetens och genom upphandling av specialtjänster, entreprenader etc. I kärnan finns framför allt tillsvidareanställda med relativt god anställningstrygghet och utvecklingsmöjligheter såväl beträffande kompetens som arbetsinnehåll och lön.

Till kärnan hör även de deltidsanställda. Deltidsanställningar används som ett medel för att åstadkomma en flexibel verksamhet och deltidsanställning kan ur arbetsgivarperspektivet ses som en mera flexibel form av anställning än heltidsanställning genom att arbetsgivaren kan välja insatsnivå och förläggning. Deltidsarbete kan också vara ett uttryck för önskemål om kortare arbetstid bland olika arbetstagare. Fasta deltidsanställningar innehas framför allt av kvinnor. Nästan hälften av de förvärvsarbetande kvinnorna har en sådan tjänst medan deltidstjänster är relativt ovanliga bland män.

Kring kärnan framträder i en andra cirkel personer i olika slag av tidsbegränsade anställningar, vilka skall tillförsäkra företaget antalsmässig flexibilitet i förhållande till produktionens dalar och toppar.

¹⁹ A.a.

²⁰ Aronsson G. Arbetsmarknadens och arbetslivets utveckling och hälsokonsekvenser. I: Nationella folkhälsokommittén. *Arbetslivsfaktorer*. Underlagsrapport nr 1. Stockholm, 1999.

Dessa uppgår f.n. till ca en halv miljon arbetstagare eller 15 procent av arbetskraften. Arbetsvillkoren och motiven för tidsbegränsade anställningar är mycket olikartade. Det finns en inre differentiering med kraftiga ökningskategorier av behovsanställda och projektanställda. Dessa former sammanhänger med underbemanning resp. moderna målinriktade arbetsformer. De nämnda grupperna har haft en obruten tillväxt även under åren med starkt konjunkturfall. Det finns en stark könssegregering i tidsbegränsade anställningar. Kvinnor är i stor majoritet i behovsanställningar medan männen dominerar projektanställningarna. Det är också främst i behovsanställningarna som effekten av arbetsvillkoren och otryggheten framkommer i form av en förhöjd risk för ohälsa.

En ytterligare cirkel utgörs av uppdragstagare. Det finns ca 400 000 enmansföretag i Sverige. Den pågående rörelsen från varuproduktion till tjänsteproduktion är en drivkraft för denna grupps tillväxt. Tjänsteproduktion passar bättre än varuproduktion i enpersons företag och många tjänster kan effektivt produceras i sådana företag. Det har också under ett antal år förekommit starka politiska strävanden till nyföretagande.²¹

Mycket litet är känt om hälsosituationen i dessa grupper. Mest i riskzonen finns de personer som förlorat sitt arbete men som fortsätter i samma bransch och där i första hand konkurrerar med längre arbetstider. Ungefär en fjärdedel av nyföretagandet år 1994 hade arbetslöshet eller risk för arbetslöshet som orsak.²²

Tillväxten av egenanställningar innebär en ökning av antalet verksamheter och människor som står utanför arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen. En mera traditionell riskgrupp finns i fåpersons företag med höga investeringar i produktionsmedel (exempelvis skogsmaskinförare, mindre åkeriägare). För den gruppen kan en ökad konkurrens förstärka en redan existerande hård press bestående av stressigt arbete kombinerat med stora ekonomiska kostnader för stillestånd vid exempelvis sjukdom.

En annan grupp utgörs av arbetslösa och personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Hälsoeffekter har tidigare belysts av Järvholm m.fl. En framtida risk tycks vara att en allt större grupp etableras som under en mycket lång tid har varit utan arbete och som kommer att leva

²¹ Aronsson G, Gustafsson K & Dallner D. *Arbetsvillkor och arbetsmiljö för tidsbegränsat anställda* (under utarbetande).

²² SOU 1996:56. *Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad*. Slutbetänkande av utredningen om kvinnors arbetsmarknad. Norstedts, Stockholm 1996.

under ekonomiskt mycket knappa omständigheter med åtföljande hälsokonsekvenser.²³

Hög arbetslöshet eller hot om arbetslöshet kan antas påverka individers attityder och beteenden i en rad dimensioner med direkt anknytning till arbetsmiljö, möjligheter till utveckling och hälsa. På ett allmänt plan minskar de anställdas valmöjligheter beträffande såväl arbetsuppgifter som val av sysselsättning. En följd är att individer stannar kvar alltför länge i uppgifter och jobb, som de egentligen borde lämna av hälsoskäl. Individer som är låsta i sin arbetssituation uppvisar också en förhöjd frekvens av huvudvärk, trötthet och nedstämdhet.²⁴ Den goda personalomsättningen, som ger enskilda en ny och lämpligare arbetsmiljö, har minskat.

Skillnader i arbetstidsvillkor

De slimmade arbetsorganisationerna och mindre utbytbar kompetens bland de fast anställda leder, om inga organisatoriska motåtgärder vidtas, till ett ökat övertidsuttag vid svängningar i efterfrågan. Benägenheten att arbeta övertid ökar också som en följd av större ekonomisk otrygghet, lägre ersättningsnivåer och farhågor när det gäller de allmänna socialförsäkringssystemens hållbarhet i framtiden. Det kan också medföra en ökad benägenhet att gå till arbetet även vid tillfällen då man borde korttidssjukskriva sig. Hög sjuknärvaro har konstaterats framförallt bland lågavlönade och bland anställda som i sitt dagliga arbete samspelar med gamla, sjuka och barn, men även bland olika slag av lärare. Medlemmar i TCO-förbund har lite högre sjuknärvaro än medlemmar i LO- och SACO-förbund.²⁵

Ökad entreprenadverksamhet och tillfälliga anställningar innebär nya utmaningar för att långsiktigt kunna organisera och bedriva arbetsmiljöarbete. Det blir svårare att implementera säkerhetsföreskrifter och säkerhetsmedvetandet minskar.²⁶ Även säkerheten i produktionen påverkas. Tidsbegränsat anställda uppfattar sig i högre utsträckning än

²³ Järvholm B. (red). *Arbetsliv och hälsa*. Arbetslivsinstitutet, 1996.

²⁴ Aronsson G, Göransson S. Fasta men inte önskvärda jobb. En empirisk studie. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, nr 3 1997.

²⁵ Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. *Sjuk och på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro* (under utgivning).

²⁶ Mayhew C, Quinlan M, Bennet L. *The effect of subcontracting/ outsourcing on occupational health and safety*. UNSW Studies in Australian Industrial Relations. Nr 38, 1996.

fast anställda ha bristande kunskaper om arbetsmiljöfrågor. De har också svårare att kritisera och få gehör för kritik.²⁷

Beträffande arbetstidsvariation som ett medel för flexibilitet pågår en decentralisering av beslutsfattande och arbetstidsavtal mot den lokala och individuella nivån. En trend som framförallt gäller industrin är att arbetstiden blir efterfrågestyrd, s.k. kundorderstyrd produktion.²⁸ Allt fler arbetar ständigt eller periodvis utanför det tidsintervall på dygnet då kropp och psyke fungerar optimalt från prestationssynpunkt. De extra ansträngningar som behövs under skiftarbete och vid turlistetid, har på sikt ett högt hälsomässigt pris för många.²⁹

En annan trend, som i första hand gäller tjänstemannagrupper, är en stor mängd obetalt övertidsarbete eller individuella överenskommelser där rätten till övertidsersättning avtalas bort mot exempelvis en ytterligare semestervecka för den enskilde tjänstemannen.³⁰ Det finns en risk att möjligheterna till nedvarvning och återhämtning minskar med sänkt välbefinnande på kort sikt och med risker för hälsan på längre sikt. Riskerna förstärks av rådande trender mot underbemannade organisationer. Sambandet mellan långa arbetsdagar/övertid och ohälsa är inte särskilt mycket studerat vare sig i Sverige eller utomlands men i en färsk japansk studie konstateras att ett par timmars övertid dagligen är förknippad med en tydlig överrisk för hjärtinfarkt.³¹

Ökade krav på utbildning

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 företagens kompetensutveckling att höjas. Detta minskar sannolikt kompetensutvecklingsmöjligheterna för grupper, som av något skäl har en svag arbetsmarknadsanknytning. Det kan handla om

²⁷ Aronsson G, Göransson S. Tillfälligt anställda och arbetsmiljödialogen. En empirisk studie 1997, *Arbete och hälsa* 1998:3.

²⁸ Håkansson K, Isidorsson T. *Flexibla tider. En studie av arbetstidsflexibilitet och andra flexibilitetsstrategier inom verkstadsindustrin*. Rapport, IAS (Internationella arbetslivsstudier), Göteborgs universitet, 1997.

²⁹ Åkerstedt T. *Vaken på udda arbetstider. Om skiftarbete, tidszoner och nattsudd*. Arbetsmiljöfonden, Stockholm, 1995.

³⁰ Aronsson G, Göransson S. Fasta men inte önskvärda jobbet. En empirisk studie. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, nr 3 1997.

³¹ Sokejima S, Kagamimori, S. Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: a case-control study. *British Medical Journal* 1998;317:775-780.

språksvårigheter, brist på allmän skolutbildning, människor med olika slag av funktionshinder som i vissa avseenden minskar prestationsförmågan samt kvinnor eller män i en familjeintensiv fas. Om företagsintern kompetensutveckling ökar i relativ betydelse och omfattning kan detta bidra till en ytterligare polarisering mellan den fasta tillsvidareanställda kärnan av personal och just in time anställda och arbetslösa.

En viktig förändring under de senaste årtiondena är ökningen av den formella utbildningstiden och reduceringen av utbildningsklyftorna. Vid industrialismens inledning hade t.ex. en jurist, en läkare eller en civilingenjör fem gånger så lång utbildningstid som den genomsnittsanställda. Numera har detta utbildningsgap kraftigt reducerats. Sammansmältningen av utbildningsklyftan innebär att det inte längre är möjligt att bygga upp företag kring hierarkier, när de formellt underordnade i realiteten är nästan lika välutbildade som – och inom specialområden kanske överlägsna – sin arbetsledning i utbildningstid och kunskaper.³²

Vård och omsorg samt skola

Vård, omsorg och skola är s.k. human service organisationer, vilka påverkar andra människors villkor i stor utsträckning. De blir därför särskilt intressanta ur folkhälsosynpunkt. En väl fungerande organisation och verksamhet inom t.ex. äldreomsorgen är inte bara betydelsefull för de närmare 200 000 personer som är anställda i verksamheten och de hundratusentals äldre som får hjälp, utan även för det psykiska välbefinnandet hos de hundratusentals förvärvsarbetande, vars föräldrar och anhöriga bistås av äldreomsorgen.

Inom vård och omsorgssektorn har det under många år pågått politiskt initierade rationaliserings- och besparingsåtgärder, vilka i sin tur medfört påtagliga förändringar av arbetsvillkoren för de anställda. Det handlar om förändringar i styrsystem, huvudmannaskap, bolagisering och konkurrensutsättning. Syftena är flerfaldiga och ett är att rationalisera och minska kostnader bl.a. genom att minska antalet anställda.

Med avseende på kön och ohälsa är förändringarna inom vård och omsorg av särskilt intresse eftersom de sker i en starkt könssegregerad sektor med stor kvinnoövervikt. Omvandlingen i offentlig verksamhet berör ett stort antal kvinnor, som har specifika utbildningar för just dessa områden. Vad gäller barnomsorg och äldreomsorg finns det också en risk att nedskärningarna medför att betalt omsorgsarbete utfört av

³² Å.E. Andersson, P. Sylwan. *Framtidens arbete och liv*. Kapitel 1. De stora förändringarnas sekel (sid. 20–21). Natur och Kultur, Stockholm 1997.

kvinnor i stället blir obetalt omsorgsarbete likaledes utfört av kvinnor. Nedskärningar inom denna sektor kan också generellt innebära större press på förvärvsarbetande kvinnor.

Grund- och gymnasieskolan är en mycket stor arbetsplats. Elevantalet är cirka 1,2 miljoner, vilket innebär att skolan är arbetsplats för närmare 1,5 miljoner människor. Elevantalet kommer att öka påtagligt under senare delen av 1990-talet.

Sparkrav, ny läroplan, nytt betygssystem, krav på uppföljning, konkurrens från nya fristående skolor m.m. har under 1990-talet lett till organisatoriska och pedagogiska förändringar i de enskilda skolorna. Lärarkåren tilldelas större befogenheter och ansvar för verksamheten både vad gäller ekonomi och pedagogik. Datorer, multimedia och Internet har gjort sitt definitiva inträde i skolan. Konsekvenserna är vittomfattande för undervisningssituation och skolans organisation.

Skolan har under 1990-talet minskat sin elevvårdspersonal. Mycket tyder på att skolan har fått ta på sig en allt mer fostrande roll som tillsammans med andra förändringar påverkar kraven och innehållet i lärarens och skolledares arbete. I statistiska översiktsstudier framträder lärarna som en mycket pressad grupp från stressynpunkt. Lärarna är också en grupp med hög sjuknärvaro.³³

Många av de arbetsmiljöproblem som finns inom skolan är av den arten att de inte förrän i ett sent stadium fångas upp i statistiken såsom frågor om samverkan, arbetsglädje, omorganisation och relationer. Att elevvårdspersonal och andra personalgrupper som har till uppgift att tidigt upptäcka och förebygga problem har minskat är därför oroande.

Den fysiska miljön är eftersatt i många skolor med ohälsokonsekvenser. Många kommuner har haft och har dålig ekonomi för framtida satsningar. Ekonomiska begränsningar kan ge upphov till påtagliga olikheter mellan olika skolor och kommuner. Arbetsmiljölagens bestämmelser om att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet m.m. gäller å andra sidan alla skolor och såväl anställd personal som eleverna.

³³ Nationella folkhälsokommittén. *Arbetslivsfaktorer*. Rapport från arbetsgruppen för arbetslivsfaktorer till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport 1. Stockholm 1999.

IT – upplösningen av tid och rum

Informationsteknologin har en stor betydelse för omvandlingen av arbetslivet. Under 1970- och 1980-talet användes datorn framför allt för att utföra samma uppgifter som tidigare gjorts, fast på ett snabbare och effektivare sätt. Inom industrin har datorisering kunnat användas för att hindra individer från exponering i farliga miljöer. Detta har haft och kommer att ha en fortsatt stor positiv betydelse från hälsosynpunkt främst för att minska olyckor, fysiska arbetsskador och belastningsskador.

Den integrerade informationstekniken möjliggör förläggning av lönearbetet till andra platser och tider än där det traditionellt hört hemma.

Distansarbete håller på att etableras i Sverige även om ökningen hitintills inte varit av den omfattning och inte heller fått den inriktning, som vissa förväntat. Distansarbetet sker framför allt efter individuella önskemål och gäller ofta manliga tjänstemän snarare än kvinnor i underordnad ställning. Distansarbete är ofta förknippat med ökad arbetstid och obetalt övertidsarbete. På plussidan från folkhälsosynpunkt ligger färre stressande resor och sannolikt en minskning av olyckor i samband med resor.

En utveckling mot mera rums- och tidsberoende arbete aktualiserar en rad frågor av arbetsmiljökaraktär. IT-relaterade förändringar av gränser i tid och rum kan antas vara av väsentlig betydelse för reglering av arbete-vila rytm, balansering av olika livsroller, samarbetsmönster och kontaktnät och lärandevillkor. Det berör också individers förmåga att arbeta självständigt och strukturera sin tid. På en övergripande nivå handlar det om arbetsgivarens ledning och styrning av tids- och rumsfrigt arbete.³⁴

4.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Det framgår av avsnitt 4.2.1 att arbetsmiljöproblemen är mångfacetterade och rymmer både gamla arbetsmiljöfrågor som t.ex. belastningsproblem och nya frågor som exempelvis allergier och stress. Orsaker till utvecklingen av dessa arbetsmiljöfrågor har redovisats översiktligt i det nämnda avsnittet. I det följande diskuteras betydelsen av individens inflytande på sin egen situation i arbetslivet, vilka möjligheter det finns

³⁴ Se t.ex. *Hemmet som arbetsplats*. TCO 1995; Lundgren K, Wirber, S. *IT-rapporten: om kunskapsbaserad ekonomi, sysselsättning och förändrade kompetenskrav*. Arbetslivsinstitutet 1997.

att påverka den arbetsrelaterade sjukligheten och slutligen behandlas det fortsatta forskningsbehovet. Den ohälsosamma stressen tas upp särskilt.

Individens möjlighet att kontrollera sitt arbete

Den ohälsosamma stressen framstår allt tydligare som en av de viktigaste riskfaktorerna för ohälsa både i allmänhet och i arbetslivet, och avspeglas bl.a. i en ökad oro och lättare psykiska problem bland såväl skolbarn som vuxna under 1990-talet. Denna ökning är speciellt markant bland kvinnor i 20–40 årsåldern samt bland utlandsfödda kvinnor.³⁵

Forskningen har också under den senaste 15-årsperioden allt tydligare visat hur den ohälsosamma arbetsmiljörelaterade stressen leder till en ökad risk för bl.a. hjärt- och kärlsjukdom och olika typer av belastningsskador. Det finns även starka skäl att uppmärksamma de samband som finns mellan arbetslöshet, relativ fattigdom och ohälsosam stress (se avsnitt 4.3 om ekonomisk trygghet).

En central utgångspunkt är den kunskap som finns om betydelsen av att individen har möjlighet att kontrollera sin egen situation.

Utifrån detta synsätt har en krav-kontrollmodell utvecklats som tydliggör att en hög mental belastning är sjukdomsalstrande framför allt om det samtidigt föreligger ett lågt beslutsutrymme.³⁶

En rad studier internationellt och i Sverige visar att det finns ett starkt samband mellan den ohälsosamma stressen som uppstår vid höga krav i arbetet kombinerat med lågt inflytande och hjärtinfarkt. Studier utförda i Stockholm visar t.ex. att ju högre förekomst av ohälsosam stress och dåligt socialt stöd i arbetet, ju snabbare ökade förekomsten av hjärt- och kärlsjukdom med stigande ålder. I den grupp som i detta avseende hade en gynnsam arbetssituation kom ökningen av hjärtinfarkt ungefär åtta år senare än i den grupp som hade den mest ogynnsamma arbetssituationen.

I de flesta av de studier som gjorts inom detta område har bristen på kontrollmöjligheter framstått som den faktor som varit starkast relaterad till den ökade risken.

De viktigaste områdena för åtgärder som ökar individens kontrollmöjligheter är dels inflytande över de demokratiska processerna både i samhället i stort och i arbetet och över vad och hur olika saker skall göras, dels möjligheter att utveckla kunskaper och vardagskompetens. Mer konkret bör arbetstagarna ges bättre möjligheter till inflytande när

³⁵ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

³⁶ Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York. Basic Books, 1990.

det gäller bl.a. arbetstempo, förläggning av arbetstid och personlig utveckling för att bättre kunna hantera de ökade kraven både i arbetslivet och i vardagen.

Nyare forskning visar att de växande sociala skillnaderna vad avser hjärt- och kärlsjukdom förklaras av bristande kontrollmöjligheter i lägre socialgrupper. Den ohälsosamma stressen (passivitet) präglar också många arbetslösa och långtidssjukas vardag. Bristen på medinflytande, engagemang och meningsfull sysselsättning är faktorer som bidrar till den ohälsosamma stressen i dessa grupper.

Utifrån fakta och analyser av det slag som kortfattat har redovisats här, kan grunddragen i en strategi mot ohälsosam stress skisseras som omfattar såväl ett individ- som samhällsperspektiv och anknyter till betydelsen av socialt stöd, självförtroende och vardagsmakt (se avsnitt 5.2 om sociala relationer).

Möjligheter att övervaka arbetsmiljöarbetet

Internationella och framför allt svenska erfarenheter visar att möjligheterna att påverka den arbetsrelaterade sjukligheten är stora. Strategier inom arbetsmiljöområdet har dessutom en ”inbyggd” jämlikhetsorientering, eftersom särskild uppmärksamhet i åtgärderna ofta riktas mot de mest hälsovådliga arbetsmiljöerna. Medvetna och långsiktiga satsningar på arbetsmiljöområdet har resulterat i att allt färre arbetare utsätts för olika kemiska och fysikaliska riskfaktorer. Vidare har antalet allvarliga arbetsrelaterade skador med dödlig utgång minskat kraftigt. Delvis beror detta på att det nu är färre anställda som exponeras för dessa riskfaktorer samtidigt som exponeringarna, där de förekommer, ofta tenderar att sjunka.

I en sammanfattande bedömning av framtida arbetsmiljöers och arbetsvillkors betydelse för hälsoutvecklingen handlar det naturligtvis inte bara om de faktiska förändringarna av arbetsmiljöer utan också om vad som kan kallas ”institutionell effektivitet”, dvs. hur de institutioner, som har till uppgift att verka för att förebygga skador och bidra till högre arbetslivskvalitet, fungerar och vad deras förmåga är när det gäller att hantera nya förhållanden i arbetslivet.

Till de nya förutsättningarna hör omstruktureringen och differentieringen i kärna och periferi. Det kan antas spela roll för framtidens folkhälsa att företagshälsovården i sin nuvarande form inte är anpassad till de numerärt växande och ”perifera grupperna”. Företagshälsovård, arbetsmiljöinsatser och lagstiftning har av tradition varit inriktade på kärnan av fast anställd personal, dvs. den relativt stabila och geografiskt

samlade arbetskraften. De nya strukturerna är långt mer differentierade, vilket ställer dessa institutioner inför nya krav och utmaningar.

Rehabilitering är viktig från folkhälsosynpunkt och en omfattande lagstiftning finns för att åstadkomma arbetsrehabilitering. En fråga som kan ställas gäller förutsättningarna för att uppnå lagstiftningens intentioner och finna rehabiliteringsplatser i slimmade organisationer med uttalad satsning på högpresterande personal i kärnverksamheter.

För att förstärka de positiva och möta de negativa hälsokonsekvenserna av differentiering och flexibilisering behövs strategier som spänner över nuvarande sektorsgränser. Det finns ett behov av ökade kunskaper om hur de gängse institutionerna kan upprätthålla ett effektivt handlande under de nya förutsättningarna för att minimera arbetsohälsa och åstadkomma hälsobefrämjande arbetsförhållanden för alla.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Nedan beskrivs och ges exempel på arbetslivets förändringar och på villkor som påvisar vikten av fortsatt forskning om arbetslivet utifrån ett mångfacetterat spektrum.

Det kommer med all sannolikhet att råda ett fortsatt starkt omvandlingstryck i arbetslivet. Omvandlingen i sig är inte negativ men många människor kommer att vara utsatta för omställningsstress och uppleva otrygghet. Strukturomvandlingen innebär att färre personer kommer att arbeta direkt i traditionella industriella miljöer och att fler kommer att arbeta inom kontors-, service- och vårdmiljöer. Kompetenskraven fortsätter att höjas både som inträdesbiljett till anställningar och i arbetsuppgifterna.

Vissa av de pågående arbetslivsförändringarna är könsspecifika. Försämringar i offentlig sektor i meningen högre arbetsbelastning samt neddragning av omsorgsverksamheten för barn och gamla kan öka totalbelastningen ytterligare för stora kvinnogrupper genom att betalt omsorgsarbete tenderar att bli obetalt. En fortsatt ökning av otrygga behovsanställningar, vilka till stor del innehas av kvinnor, innebär också en mer negativ situation för dem.

Den tendens som funnits under något decennium – att betydelsen av psykiska, sociala och organisatoriska faktorer för den arbetsrelaterade ohälsan ökar relativt andra arbetsmiljöfaktorer³⁷ – kommer att fortgå också under de kommande åren. Anledningarna är flera – inte minst att

³⁷ LO. *Arbetsmiljöns utveckling. Skyddsombudens erfarenheter*. Landsorganisationen i Sverige, 1996.

kraven för allt fler i arbetslivet ändrar karaktär genom strukturomvandling och teknikutveckling.

Regleringssystemens minskade styrkraft vad gäller arbetstider samt decentralisering av ansvar till den enskilde arbetstagaren kan, särskilt i tjänstemannagrupperna, innebära långa arbetsdagar och långa arbetsperioder med en hög såväl kvalitativ som kvantitativ arbetsbelastning. Det finns en risk att möjligheterna till nedvarvning och återhämtning minskar med sänkt välbefinnande på kort sikt och med risker för hälsan på lång sikt. Riskerna förstärks av rådande trender mot underbemannade organisationer. Också i de delar av arbetslivet där arbetstidsreglering och övervakning är möjlig sker stora förändringar genom införande av s.k. kundorderanpassad arbetstid. Den långsiktiga trenden är att allt fler ständigt eller periodvis arbetar utanför det tidsintervall på dygnet då kropp och psyke fungerar optimalt från prestationssynpunkt.³⁸ Det finns ett forsknings- och kunskapsbehov i att identifiera de från medicinsk, psykologisk och social synpunkt acceptabla tidsramarna. Nya forskningsrön pekar nu allt tydligare på ett samband mellan uttrötning/stress och immunförsvarets förmåga att bekämpa infektioner.³⁹ ⁴⁰ En försöksverksamhet med arbetstidsförkortning i Stockholms stad har resulterat i positiva effekter hos de anställda.⁴¹ Arbetstidsförkortningen har inneburit mer tid för avkoppling och fritidsaktiviteter. Sömnkvaliteten har förbättrats i försöksgruppen. Andra modeller som tillämpas inom hälso- och sjukvården är den s.k. poängmodellen med flexibel arbetstid och tvättstugemodellen. Här finns en potential för hälsobefrämjande insatser både vad gäller kunskapsnivån i organisationer och hos enskilda individer.

4.2.3 Befintliga mål och strategier

Arbetslivets och arbetsmiljöns utveckling och hälsoeffekter har länge varit ett prioriterat område inom den generella välfärdspolitiken. Förhållanden kring dessa frågor anges i arbetsmiljölagen (1977:1160) som reglerar skydd mot ohälsa och olycksfall i arbetet. Lagen kompletteras

³⁸ Åkerstedt T. *Vaken på udda arbetstider. Om skiftarbete, tidszoner och nattsudd*. Arbetsmiljöfonden, Stockholm, 1995.

³⁹ Cohen S, Tyrell D, Smith A. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine* 1991;606–612.

⁴⁰ McEwan B. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 1998;3:171–179.

⁴¹ Olsson B. *6-timmars arbetsdag med heltidslön i Stockholms stad. Vad betyder det för personalen, brukarna och ekonomin?* Stockholms universitet, PEI rapport 1999:1.

med föreskrifter från Arbetarskyddsstyrelsen om tekniska, fysikaliska, kemiska, biologiska, ergonomiska, psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor.⁴² I det följande avsnittet beskrivs mål, strategier och aktörer inom ramen för arbetsmiljöområdet som vi kan urskilja i dag.

Viktiga utredningar om arbetsmiljö och hälsa

Den mest omfattande kartläggningen av förhållanden i arbetsmiljön gjordes i slutet av 1980-talet av den s.k. Arbetsmiljökommissionen. Bakgrunden till regeringens beslut att tillsätta kommissionen var den dåvarande oroande utvecklingen av antalet arbetsskador, förtidspensioneringar och sjukbidrag samt de ökade offentliga utgifter som följde av detta. Arbetsmiljökommissionen redovisade år 1990 i en rad studier stora skillnader i hälsa och skaderisker mellan olika yrkesgrupper.⁴³

En liknande men mindre kartläggning initierades i mitten av 1990-talet av Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet och Rådet för arbetslivsforskning i syfte att ge underlag för prioriteringar av åtgärder, forskning och tillsyn av arbetsplatser under slutet av 1990-talet. Kartläggningen konstaterade att många har fått en bättre arbetsmiljö och att de förebyggande insatserna ofta har varit framgångsrika. Många traditionella risker och klassiska yrkessjukdomar har minskat markant. Allt färre utsätts för kemikalier i arbetslivet och de svåra olyckorna har också minskat kraftigt. Samtidigt påpekas att arbetslivets psykiska krav har ökat. I kartläggningen konstateras också att hälsa och välbefinnande varierar starkt mellan olika yrken och sociala grupper och att dessa skillnader befaras att öka i framtiden.⁴⁴

Arbetsmarknadsdepartementet tillsatte år 1997 en arbetsgrupp med uppgift att utarbeta förslag till en förstärkt styrning avseende företagshälsovården. Arbetsgruppen har bl.a. analyserat på vilket sätt företagshälsovårdens roll kan stärkas för att arbetsgivares förebyggande och rehabiliterande uppgifter skall fullgöras bättre. Enligt arbetsgruppens uppfattning bör Nationella folkhälsokommittén "...i sitt arbete väga in att företagshälsovården i samverkan med övriga aktörer på den lokala/regionala nivån och i det regionala folkhälsoarbetet utgör en expert-

⁴² I Arbetsmiljöhandboken 1998 från Arbetarskyddsstyrelsen redogörs för frågor som berör arbetsmiljön, inkl. lagreglering och föreskrifter.

⁴³ SOU 1990:49, *Arbete och hälsa*. Betänkande av Arbetsmiljökommissionen. Allmänna förlaget, Gotab, Stockholm 1990.

⁴⁴ Järnholm B (ed). *Arbetsliv och hälsa – en kartläggning*. Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Rådet för Arbetslivsforskning, Stockholm 1996.

resurs som kan utnyttjas i arbetet med att minska den arbetsrelaterade ohälsan hos befolkningen”.⁴⁵

Gruppens förslag har utgjort grund för en proposition om företagshälsovården som har antagits av riksdagen (prop. 1998/99:120). I propositionen förtydligas arbetsgivarens ansvar när det gäller att tillhandahålla företagshälsovård. Vidare syftar förslagen till att renodla företagshälsovårdens uppgifter samt att tydliggöra samverkan mellan företagshälsovården och den offentligt finansierade sjukvården. Enligt den nya föreslagna bestämmelsen i arbetsmiljölagen skall en arbetsgivare svara för att den företagshälsovård som påkallas av arbetsförhållandena finns att tillgå. Företagshälsovården skall vidare särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt att ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Den vikt som arbetsmiljöarbetet och förändringarna i arbetslivet tillmäts avspeglas också i regeringens tillsättande av den s.k. Arbetslivsdelegationen i juni 1998 (Dir. 1998:62). Delegationens uppgift var att hämta in och sprida kunskap om arbetslivsområdet i syfte att främja en positiv utveckling av det moderna arbetslivet. Delegationen betonade i sitt slutbetänkande (SOU 1999:69) bl.a. vikten av att stärka individens makt och möjligheter att få inflytande över sin kompetensutveckling, särskilt för personer med tillfälliga anställningar.⁴⁶ ”Yrkesutbildning” för arbetsledare med särskild inriktning på kunskaper om mångfald, arbetsmiljö och sociala relationer ansågs vara viktig för att förbättra arbetsklimatet. Yttrandefrihet och meddelarfrihet i arbetslivet måste, enligt utredningen, tydliggöras och förstärkas för alla arbetstagare. Bland de övriga förslagen märks t.ex. att alla arbetsplatser borde ha tillgång till företagshälsovård och kostnadsfri rådgivning som stöd i arbetsmiljöarbetet för små företag. Dessutom föreslogs ett resurscentrum och ökad forskning för människor som utsatts för mobbning i arbetslivet.

Trots stor uppmärksamhet från regering och riksdag beträffande arbetslivets utveckling och hälsoeffekter saknas det nationella folkhälsomål inom området.

⁴⁵ *Företagshälsovård – en resurs i samhället*. Arbetsmarknadsdepartementet, rapport 1998:17, Stockholm, 1998.

⁴⁶ SOU 1999:69. *Individen och arbetslivet. Perspektiv på det samtida arbetslivet kring sekelskiftet 2000*. Slutbetänkande från Arbetslivsdelegationen. Näringsdepartementet.

Aktörer

Centrala myndigheters arbetsmiljöarbete

Arbetsarkyddsstyrelsen är den centrala förvaltningsmyndigheten för arbetsmiljö- och arbetslivsfrågor och chefsmyndighet för Yrkesinspektionen. Arbetsarkyddsstyrelsen leder, samordnar och utvecklar verksamheten inom ansvarsområdet, har den centrala tillsynen över arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen, meddelar föreskrifter och allmänna råd, producerar och sprider information samt ansvarar för ett informationssystem om arbetsskador. Yrkesinspektionens huvudsakliga uppgift är att tillse att arbetsgivarna följer gällande bestämmelser inom arbetsmiljöområdet. Inspektionsverksamheten styrs till de arbetsställen som har stora arbetsskaderisker. Om det finns brister, ställs det skriftliga krav på att dessa skall åtgärdas. I sista hand kan även sanktionsmedel komma till användning.

Socialförsäkrings- och bidragssystemet administreras av försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket. Försäkringskassornas huvuduppgifter är att dels samordna samhällets rehabiliteringsresurser och dels genom den allmänna socialförsäkringen se till att invånarna har ekonomisk trygghet vid t.ex. nedsatt arbetsförmåga. Försäkringskassan samverkar med företagshälsovården i viss utsträckning.

Miljöarbetets expertfunktioner

Företagshälsovården är en viktig aktör på arbetsmiljöområdet. Med företagshälsovård menas en verksamhet som a) bedrivs inom områdena arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering, b) är en professionell och oberoende resurs för såväl uppdragsgivare som brukare, c) med kontrakterade tjänster erbjuder uppdragsgivaren kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa, samt d) baserat på en sådan helhetssyn, lämnar förslag till åtgärder och aktivt verkar för att dessa genomförs.⁴⁷

Vissa arbetsgivare köper kompetens från fristående konsulter som inte är kopplade till företagshälsovården för insatser som rör arbetsorganisation, utbildnings- och ledningsfrågor. Det finns ingen statistik över i vilken omfattning arbetsmiljöarbete bedrivs av fristående konsulter men dessa bedöms ha ökat kraftigt i takt med företagshälsovårdens nedrustning.

Andra företag har egna arbetsmiljöenheter eller sköter arbetsmiljöarbetet på annat sätt. Skyddsingenjörer, ergonomer, företagssköterskor,

⁴⁷ Regeringens proposition 1998/99:120. *Företagshälsovård*.

personalkonsulenter m.fl. yrkeskategorier finns i viss utsträckning på framför allt större företag och förvaltningar.

Arbetslivsinstitutet är ett nationellt centrum för forskning inom områdena arbetsmiljö, arbetsorganisation och arbetsmarknad. Andra viktiga arbetsuppgifter är utveckling, utbildning, information, dokumentation och internationellt samarbete. Arbetslivsinstitutet stödjer också utvecklingen i arbetslivet genom att medverka till regionala satsningar.

Rådet för arbetslivsforskning är landets centrala myndighet för planering, initiering och stöd till forskning och utveckling inom arbetslivsområdet. Rådet bidrar till utvecklingen av en god arbetsmiljö, en effektiv arbetsorganisation och en arbetsmarknad som är tillgänglig för alla.

Institutet För Psykosocial Medicin (IPM) arbetar med forskning och utbildning inom tillämplad psykosocial arbetsmedicin. Vid institutet utvecklas metoder för att mäta arbetsorganisation och psykiska, medicinska och psykofysiologiska reaktioner.

Viktiga regionala resurser inom arbetshälsoområdet utgör landets yrkesmedicinska enheter. Den övergripande uppgiften för dessa enheter är att förebygga arbetsrelaterad ohälsa genom bedömningar av hälsoläget i upptagningsområdet, kartläggning och värdering av miljöfaktorer, forskning och utvecklingsarbete, information och utbildning.

Arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna

Arbetsgivaren skall enligt arbetsmiljölagen ha huvudansvaret för arbetsmiljöarbetet. Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Vidare skall arbetsgivare och arbetstagare samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. En viktig del av detta består av föreskrifterna om internkontroll. Internkontroll innebär att arbetsgivare i samarbete med arbetstagare systematiskt skall planera, genomföra och följa upp verksamheten så att arbetsmiljökraven uppfylls. Arbetsgivaren har även ansvar för att kartlägga anställdas behov av rehabilitering och för att effektiv rehabilitering genomförs. Detta arbete kontrolleras av Yrkesinspektionen.

Arbetstagarna skall medverka i arbetsmiljöarbetet och företräds av skyddsombud, som utses av den lokala fackklubben. De har till uppgift att tillse att arbetstagarnas synpunkter beaktas av arbetsgivaren. Skyddsombudet har rätt till information och att delta i planering av förebyggande arbetsmiljöarbete. Dessutom finns regionala skyddsombud som kan stödja de anställda, framför allt i små företag som inte har en

egen skyddskommitté. Skyddskommittéerna är samverkansorgan som enligt lag skall finnas vid alla företag med mer än 50 anställda. Huvuduppgiften för dessa kommittéer är att följa utvecklingen av ohälsa och olycksfall samt att arbeta för att förbättra arbetsförhållandena i vid mening.

Även arbetsmarknadens centrala parter bidrar till arbetsmiljöarbetet genom framför allt opinionsbildning och informationsspridning till medlemmar och medlemsföretag om förändringar av lagar och rekommendationer inom arbetsmiljöområdet.

4.2.4 Mål och strategier

Mål

1. *Ökad sysselsättning och minskad långtidsarbetslöshet*
2. *Hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbar arbetsförmåga*
 - Förebygg den arbetsrelaterade sjukligheten och arbetsolyckorna.
 - Psykiska och ergonomiska arbetskrav bör anpassas till individens förutsättningar. Det bör ges möjlighet att individuellt och kollektivt påverka förutsättningarna för att leva upp till kraven och därmed utveckla ny kompetens.
 - Använd arbetsplatsen som hälsoarena.
3. *Förstärkt företagshälsovård*
4. *Förstärkt yrkes- och arbetslivsrehabilitering*
 - Minska det fysiska och psykiska lidandet hos arbetsskadade.
 - Förbättra möjligheterna till återgång i arbetet.
5. *Ökad kunskap och information om arbetslivets hälsokonsekvenser*
 - Gör återkommande översyner av arbetsmiljöpolitiken.
 - Utveckla arbetshälsokonsekvensbeskrivningar.
 - Öka och utveckla kunskap, metoder och modeller till underlag för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder inom arbetslivsområdet.
 - Förstärk utbildningen om hälsoeffekter av nya arbetsformer hos aktörer inom arbetslivsområdet.
 - Utveckla samarbetet med internationella arbetshälsoenheter.

Inledande synpunkter

Kommittén vill betona vikten av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på arbetsmiljöområdet för att minska den sociala ojämlikheten i hälsa. Jämlikhetsaspekten har därför tillsammans med inriktningen att förbättra hälsan generellt varit vägledande för kommitténs arbete med att formulera mål och föreslå åtgärder inom arbetslivsområdet.

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. Utvecklingen inom arbetsmarknads- och arbetslivsområdet innebär dock ständigt nya utmaningar i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Mål, strategier och aktörer

I följande avsnitt redogörs för vilka mål som bör sättas upp för folkhälsoarbetet, vilka strategier som kan användas samt vilka aktörer som bör genomföra arbetet.

Ökad sysselsättning och minskad långtidsarbetslöshet

En hög sysselsättning bidrar till integrationen i samhället och välfärdspolitikens finansiering. 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. Arbetsförhållandena för dem som har arbetet kvar påverkas av arbetslösheten genom ökade krav på övertidsarbete, negativ stress, rädsla för uppsägning m.m. En framtida risk tycks vara att en allt större grupp etableras som under mycket lång tid har varit utan arbete och som kommer att leva under ekonomiskt mycket knappa omständigheter med åtföljande hälsokonsekvenser. Långtidsarbetslöshet är en allvarlig riskfaktor för psykisk ohälsa och hjärt- och kärlsjukdom samt bidrar därmed till sociala olikheter i hälsa. Arbetslösheten är mer än tre gånger så vanlig bland arbetare som bland tjänstemän och är en mycket vanlig erfarenhet bland ungdomar. En särskild riskgrupp för arbetslöshet är kortutbildade och invandrare (se vidare avsnitt 4.3 om

ekonomisk trygghet). Att öka sysselsättningen bland dessa grupper är särskilt angeläget. En meningsfull sysselsättning är viktig från hälsosynpunkt även för personer som på grund av arbetshandikapp inte kan få arbete på den reguljära arbetsmarknaden. I dag har enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade endast personer med utvecklingsstörning eller funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder en ovillkorlig rätt till daglig verksamhet. Kommittén vill betona vikten av att hitta olika former av lösningar som innebär att hela gruppen arbetshandikappade får möjlighet till en meningsfull sysselsättning. För detta behövs både åtgärder som berör arbetsmarknaden och särskilda kommunala insatser.

Hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbar arbetsförmåga

Den fysiska och psykosociala arbetsmiljön är av stor betydelse för hälsoutvecklingen för olika yrkesgrupper. Framsteg har gjorts när det gäller att förebygga arbetsmiljörelaterade sjukdomar och skador. Färre arbetare utsätts för olika kemiska och fysikaliska riskfaktorer. Delvis beror detta på att det nu är färre anställda som exponeras för dessa riskfaktorer. Förändringar i arbetslivet innebär emellertid att nya riskfaktorer introduceras, t.ex. nya kemiska substanser och elektromagnetiska fält. Framstegen är mindre när det gäller den ergonomiska och psykosociala arbetsmiljön. Många anställda är utsatta för ohälsosam stress. De psykiska kraven har skärpts inom många branscher och yrken. En speciellt utsatt grupp är kortutbildade kvinnor. De drabbas bl.a. av fler arbetsskador och sjukdomar i rörelseorganen jämfört med andra kvinnor. De har vanligen små möjligheter att påverka sitt arbete. Därför är det särskilt angeläget att ge arbetstagarna större inflytande över sina arbetsvillkor, arbetstider, kompetensutveckling och arbetsmiljö. Inflytandet bör ses som individens medel för att hon/han skall kunna orka ett helt arbetsliv. Det är mot denna bakgrund som ett synsätt nu växer fram att göra arbetsplatsen till en arena för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser där dessa insatser omfattar såväl arbetsmiljörelaterade som andra åtgärder av betydelse för olika yrkesgruppers hälsa och välbefinnande.

Kommittén finner det angeläget att konceptet "hälsofrämjande företag" lanseras och att arbetsplatser kommer att kännetecknas av adekvat personalstyrka och en adekvat kompetens inom personalgrupperna.

Aktörerna är många i detta arbete. Förutom arbetsgivaren med sitt arbetsmiljöansvar finns de anställda och deras fackliga ombud, skyddsombud och regionala skyddsombud. Företagshälsovården är en viktig

resurs med sin kombinerade kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet och inom hälso- och sjukvården.

Framgångsrika hälsofrämjande åtgärder bör utgå från arbetsplatser där åtgärder mot olämpliga arbetsmiljöer kan integreras med åtgärder mot andra belastande faktorer. Genom sådana åtgärder ökar möjligheterna att både förbättra hälsan totalt sett och att minska den ojämlika ohälsan. De starka sambanden mellan arbetsmiljön och olika besvär visar att åtgärderna skulle kunna innebära ekonomiska vinster på såväl organisations- som samhällsnivå.

Konkret behövs en ökad uppmärksamhet när det gäller arbetsorganisationens betydelse för den arbetsrelaterade sjukligheten och arbetsolyckor. Speciell uppmärksamhet bör riktas mot arbetstempo, arbetstid, avlöningsform, anställningsform, inflytande och stress. Krav bör ställas på att anpassa arbetet till människors förutsättningar och behov för att uppnå en hållbar arbetsförmåga. I detta arbete är faktorer som kön, ålder och familjeförhållanden viktiga. Anpassningen kan ske genom översyn av arbetsorganisationen och vid projektering av nya arbetsplatser, maskiner, verktyg och inredningar.

Det behövs en förbättrad introduktionsutbildning och upplärning av nyanställda med betoning på särskild information om olycksfallsrisker och tidiga tecken på belastningsskador och stressrelaterade besvär. Det behövs också ett inrättande av typarbetsplatser från industriell, ergonomisk och psykosocial synpunkt som kan tjäna som goda exempel.

Ett fortsatt stöd till de regionala skyddsombuden är vidare angeläget, särskilt med tanke på behovet av medverkan från sådana ombud vid utarbetande av handlingsprogram för arbetsmiljön m.m. i små företag där lokala skyddsombud saknas.

Förstärkt företagshälsovård

Företagshälsovården är en viktig resurs med sin kombinerade kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområden och inom hälso- och sjukvård. Under 1980-talet byggdes företagshälsovården ut och reglerades genom centrala avtal. Sedan Svenska arbetsgivareföreningen sagt upp avtalen finns endast branschvisa avtal på den privata sidan. Avtalen på den offentliga sidan har blivit mer allmänna, men innebär att någon form av företagshälsovård skall finnas. Verksamheten får inga statsbidrag. Många större företag har behållit sin företagshälsovård i samma omfattning och med samma uppgifter som tidigare, medan många mindre företag har dragit sig ur företagshälsovården i traditionell mening.

Alla arbetsplatser borde ha tillgång till företagshälsovård.

Förstärkt yrkes- och arbetslivsrehabilitering

Många har blivit definitivt utslagna från arbetsmarknaden under 1990-talet. Andelen nybeviljade förtidspensioner var omfattande och ökande fram t.o.m. år 1993 och därefter minskande. Många av förtidspensionärerna hade önskat att fortsätta i sitt yrke om arbetsplatsen var anpassad till funktionshindren. Yrkes- och arbetslivsinriktad rehabilitering är en viktig aktivitet för att "lägga liv till de sjuka åren". Det är främst rehabilitering vid psykiska besvär och sjukdomar i rörelseorganen som är aktuella.

Under senare år har nya symptomkomplex med misstänkt miljörelaterad orsak uppträtt, t.ex. elöverkänslighet, multipel kemisk överkänslighet och sjuka-hus-besvär. Vanligen kan inte den misstänkta miljöfaktorn förklara hela symptombilden utan flertalet fall misstänks ha en kombination av orsaker bakom besvären. Under den många gånger långa handläggningstiden för att utreda orsaker till sjukdom eller skada kan patientens tillstånd försämrats och rehabilitering försenas. Därför är det viktigt att vid sådana patientutredningar anlita medicinsk, yrkeshygienisk, ergonomisk och beteendevetenskaplig expertis.

Mot denna bakgrund anser kommittén att det är angeläget att minska det fysiska och psykiska lidandet hos arbetsskadade genom en förstärkt yrkes- och arbetslivsinriktad rehabilitering samt att snabbt utreda samband mellan symptom och arbetsmiljö hos patienter.

Försäkringskassorna bör i ökande grad avtala med företagshälsovården om medverkan vid bedömning av arbetsförmåga vid långvarig sjukskrivning och för rehabiliterings- och arbetsskadeutredningar. Det bör vidare vara obligatoriskt för försäkringskassan att i det läkarutlåtande som infördras efter 28:e sjukskrivningsdagen efterfråga ett eventuellt samband mellan sjukdom/skada och arbetet.

Ökad kunskap och information m.m. om arbetslivets hälsokonsekvenser

På grund av de genomgripande förändringarna av arbetsmarknaden och arbetslivet under 1990-talet anser kommittén att det är angeläget att en översyn av arbetsmiljöpolitiken görs. Vidare bör en utveckling ske av arbetshälsokonsekvensbeskrivningar, dvs. analys av hälsokonsekvenser branschvis nationellt, regionalt och lokalt av arbetslivets utveckling. Det finns ett behov att öka och utveckla kunskap, metoder och modeller till underlag för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder inom arbetslivsområdet (eg. epidemiologisk bevakning). Detta kan uppnås genom att följa, kartlägga och bedöma utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan. Identifiering av nya risker och riskgrupper i arbetslivet är

nödvändig liksom en noggrann bevakning av jämlikhetsutvecklingen inom och på grund av det nya arbetslivet. Bevakning av kompetensutveckling och inflytande i det nya arbetslivet är också en viktig uppgift. Bedömning av den arbetsrelaterade andelen av sjukligheten och dess kostnader bör vidare förbättras.

Förstärkt utbildning om hälsoeffekter av nya arbetsformer hos aktörer inom arbetslivsområdet är nödvändig. Det ställer krav på förstärkt utbildning i arbetshälsokunskap hos både arbetsgivare och arbetstagare och deras organisationer, särskilt hos korttidsanställda och arbetslösa, primärvården och försäkringskassan.

Forskning om hälsoeffekter av nya arbetsformer bör förstärkas.

En angelägen uppgift är att utveckla samarbetet med internationella arbetshälsoenheter, särskilt inom EU. Sverige bör verka för att EU:s höga krav när det gäller skydd för människors hälsa säkerställs både till innebörd och genomförande av all policy också inom arbetslivsområdet. De positiva erfarenheterna från svenskt arbetshälsoarbete bör bli kända också utanför Sveriges gränser samtidigt som positiva erfarenheter som har vunnits i andra länder på arbetshälsoområdet bör tas tillvara även i det svenska arbetslivet.

När det gäller konkreta åtgärder är det angeläget med införande av en rättvisande arbetsskaderapportering av sjukdomar och arbetsskador till Informationssystemet om arbetsskador. Att redovisa detta ingår redan i internkontrollreglerna från Arbetarskyddsstyrelsen och dessa regler bör kunna kompletteras med krav på vidare rapportering till Yrkesinspektionen.

I sjukskrivnings- och förtidspensioneringsregistren bör yrkesuppgifter ingå.

Nationella och regionala arbetshälsorapporter om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa bör regelbundet tas fram (t.ex. vart fjärde eller vart femte år) som planeringsunderlag.

Olika utbildningspaket i arbetshälsokunskap anpassade till de olika aktörerna i arbetslivet bör utarbetas. Särskilt viktigt är att öka kunskaperna om arbetsmiljörisker och arbetshälsa hos personer i ledande befattningar.

Deltagande i EU-, WHO- och ILO-arbete är viktigt. EU har särskilda fondmedel för regionalt utvecklingsarbete, inte minst inom arbetslivsområdet. Sådan kunskap bör tillgodogöras och insamlingen kan samordnas med annan EU-information om folkhälsoarbete.

4.3 Ekonomisk trygghet

4.3.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Sambandet mellan ekonomisk försörjning och hälsa

Inledning

Fattigdom är den i världen i dag i särklass helt dominerande orsaken till för tidig död, långvarig sjukdom och invaliditet. I länder där 80–90 procent av befolkningen tjänar mindre än 1 dollar per dag överlever mindre än 60 procent av befolkningen till 40 års ålder. I de rika länderna och särskilt i Sverige är absolut fattigdom med näringsbrist, bostadsbrist etc. en mycket ovanlig orsak till ohälsa, även om det förekommer t.ex. bland hemlösa. Här är det istället relativ fattigdom och inkomstskillnader i samhället som påverkar folkhälsan.

Inkomstfördelning och folkhälsa

Ett stort antal studier har belyst sambandet mellan inkomstfördelning och folkhälsa. Den brittiske ekonomen Wilkinson framhåller mot bakgrund av egna och andras studier av hälsoutvecklingen i industriländer, 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.⁴⁸ En stor inkomstspridning är en riskfaktor för ohälsa jämfört med en jämn inkomstfördelning. Resultat som bekräftar denna slutsats har också redovisats i bl.a. en studie gjord i USA, där man jämförde de olika delstaterna med avseende på inkomst- resp. dödlighetsnivån.⁴⁹ Man fann i studien att skillnaderna i dödlighetsnivån mellan de olika delstaterna förklarades bättre av ekonomisk ojämlikhet än av den absoluta ekonomiska nivån i form av medelinkomsten i resp. delstat. Effekterna av stora inkomstklyftor förefaller vara starkast på våldsskador, i varje fall i USA.⁵⁰ Starka samband mellan stora inkomstklyftor och ohälsa har också registrerats när det gäller dödligheten i kronisk leversjukdom och skrumplever,

⁴⁸ Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

⁴⁹ Kaplan GA et al. Inequality in income and mortality in the United States. *BMJ* 1996; 312:999–1003.

⁵⁰ Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D, Lochner K, Gupta V: Social capital, income equality and firearm violent crime. *Soc Sci Med* 1998;47:7–17.

trafikolyckor och infektioner samt dödligheten hos unga män i andra skador än trafikskador.⁵¹

I en nyligen publicerad studie som har jämfört förhållandena i olika stadsdelar i USA:s storstäder pekar man på att effekten på hälsan av att leva i ett lokalsamhälle med stora inkomstklyftor är lika stark oavsett individens egen inkomst, och att effektens storlek motsvarar den samlade dödligheten i lungcancer, diabetes, trafikolyckor, AIDS, självmord och mord.⁵²

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.^{53 54} Wilkinson framhåller att stora inkomtskillnader antingen uppkommer av eller skapar ett segregerat samhälle med motsättningar mellan olika grupper och därmed en låg social sammanhållning. Detta ställningstagande för en psykosocial huvudförklaring till den socioekonomiska gradienten i ohälsa har rönt stor uppmärksamhet. Wilkinson har nyligen ytterligare utvecklat sin hypotes och menar att den främsta tänkbare mekanismen i hans teori utgörs av psykofysiologiska reaktioner på sociala hierarkier.⁵⁵ Han stödjer sig bl.a. på studier av sociala relationer bland babianer⁵⁶ och knyter därmed an till en rad klassiska stressforskare, t.ex. Henry⁵⁷. Wilkinson menar att dessa studier tyder på att det finns en omvänd relation mellan sociala relationer av hierarkisk natur och sociala relationer som är horisontella och socialt sammanhållande. Detta beror på att de hierarkiska relationerna upprätthålls med mekanismer – t.ex. inkomtskillnader, utbildningskillnader, bostadssegregation eller i vissa fall med olika grader av samhälleligt våld – som missgynnar uppkomsten av horisontella relationer, såväl kvantitativt som kvalitativt.

⁵¹ Wilkinson RG. *Unhealthy Societies*. a.a.

⁵² Lynch JW et al. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Publ Health* 1998;88:1074–1080

⁵³ Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D: Social capital, income equality and mortality. *Am J Publ Health* 1997;97:1491–1498.

⁵⁴ Wilkinson RG. *Unhealthy Societies*. a.a.

⁵⁵ Wilkinson RG. How does income distribution influence social cohesion and health (Paper presented at *the Fifth International Congress of Behavioral Medicine* in Copenhagen, Denmark, 19–22 August, 1998).

⁵⁶ Sapolsky RM. Stress in the animal world. *Sci Am* 1990; 262:116–123.

⁵⁷ Henry JP. Mechanisms by which stress can lead to coronary heart disease. *Postgraduate medical Journal* 1986; 62:687–93.

Till detta kommer att inkomstspridningen kan påverka och påverkas av investeringarna i och utformningen av den allmänna välfärdspolitiken. 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.⁵⁸ Starka välfärdsinstitutioner har skyddande effekter mot ohälsa. Även social integration och socialt stöd är viktiga skyddsfaktorer mot ohälsa på individnivå.⁵⁹

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 av betydelse för folkhälsan även här.

Relativ fattigdom och hälsa

Aktuella och representativa amerikanska studier visar på den roll relativ fattigdom spelar. Hundratals studier handlar om fattigdomens effekter på barns hälsa, skolprestationer och beteendevikelser.⁶⁰ Barn i fattiga hushåll rapporterar dålig hälsa mer än tre gånger så ofta som övriga.⁶¹ På samma sätt har studier av dödligheten bland vuxna i yrkesverksam ålder visat ett mycket starkt samband med inkomst. Dödligheten i åldern 45–64 år är fyra gånger så hög bland dem som tillhör den lägsta inkomstkventilen som dödligheten hos dem som tillhör den högsta kvintilen.⁶² Sambandet finns över hela inkomstskalan men blir starkare vid lägre inkomster. Flera amerikanska och engelska studier visar också att kvarstående låga inkomster har större effekt än de som har kortare perioder av låga inkomster (under 5 år), medan variationer i inkomster förefaller vara en riskfaktor främst för medelinkomsttagare.

⁵⁸ Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D: Social capital, income equality and mortality. a.a.

⁵⁹ Hanson BS, Isacson SO, Janzon L, Lindell SE: Social network and social support influence mortality in elderly men. *Am J Epid* 1989;130:100–111.

⁶⁰ Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child* 1997;7:55–71.

⁶¹ Montgomery LE, Kiely JL, Pappas G. The effects of poverty, race and family structure on US children's health: data from the NHIS 1978 and 1989 through 1991. *Am J PH* 1996;86:1401–1405.

⁶² McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the US 1972-through 1989. *Am J PH* 1997;87:1476–1483.

Det finns få studier av sambandet inkomst-hälsa i Sverige. Lundberg och Fritzell har studerat frågan på basis av longitudinella individdata ur Socialforskningsinstitutets (SOFI) levnadsnivåundersökningar 1981–91.⁶³ De finner 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, dvs. att sjukligheten är över tre gånger så vanlig i den lägsta jämfört med den högsta inkomstkventilen för män men svagare för kvinnor. De finner också att inkomstförändringar till det sämre, såväl i absoluta som i relativa termer, var förknippade med ökad självrapporterad sjuklighet – i varje fall för män.

Aktuella data från SCB:s ULF-material visar på ett starkt samband mellan inkomst och självskattad hälsa i dagens Sverige (Tabell 4.1). Även här ser vi att sambandet är något starkare för män än för kvinnor.

Tabell 4.1. Oddskvot för nedsatt självskattad hälsa i relation till inkomstkventiler. Disponibel hushållsinkomst per konsumtionsenhet. 25–64 år.

Inkomstkventil	Justerat för ålder		Justerat för ålder, socioekonomisk indelning, civilstånd och födelseland. Exklusive förtidspensionärer.	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
1	1	1	1	1
2	1,69	1,54	1,25	1,21
3	1,94	1,81	1,27	1,38
4	2,14	1,92	1,36	1,28
5	2,04	2,26	1,34	1,81

Källa: SCB, Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) 1992–95.

Siffrorna i de två vänstra kolumnerna är svåra att tolka när det gäller orsaksmönster. Sjukdom kan leda till lägre inkomst och dessutom finns en lång rad bakomliggande faktorer som kan vara orsak till både låg inkomst och nedsatt hälsa. Justerar vi för några av dem genom s.k.

⁶³ Lundberg O Fritzell J: Income distribution, income change and health. In: *Economic change, social welfare and health in Europe*. 1995, WHO-Euro 54:37–58.

standardisering⁶⁴ och exkluderar de som förtidspensionerats till följd av sjukdom finns sambandet fortfarande kvar, men försvagas något (de två högra kolumnerna). I gruppen med lägst inkomster (kvintil 5) har männen 1,81 gånger större risk för ohälsa än männen i gruppen med de högsta inkomsterna (kvintil 1). Motsvarande för kvinnorna är 1,34 gånger större risk i gruppen med lägst inkomster jämfört med gruppen med de högsta inkomsterna. Av tabellen framgår vidare att skillnaden i hälsa är liten vid en jämförelse mellan de tre mittersta kvintilarna.

Om vi i stället enbart ser på dem som ligger under fattigdomsgränsen med avseende på disponibel inkomst, får vi siffrorna i översta raden i tabell 4.2. Av siffrorna framgår att fattigdom är en riskfaktor särskilt för män som i detta fall har 1,39 gånger större risk än vad män i genomsnitt har.

Tabell 4.2. Oddsquot för nedsatt självskattad hälsa i relation till fattigdom (<60% av medianinkomst per konsumtionsenhet), ekonomisk stress och avsaknad av kontantmarginal. 25–64 år.

	Justerat för ålder		Justerat för ålder, socioekonomisk indelning, civilstånd och födelseland. Exklusive företagare och förtidspensionärer.	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
<60% av median	1,56	1,87	1,11	1,39
Ekonomisk stress	2,15	2,25	1,88	1,89
Saknar kontantmarginal	2,40	2,98	1,81	2,27

Källa: SCB, Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) 1992–95.

För de två övriga måtten på ekonomiska svårigheter är sambanden starkare. Det gäller ekonomisk stress i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till hyra och/eller mat under det gångna året samt avsaknad av kontantmarginal, dvs. svårigheter att vid behov skaffa fram 14 000 kronor på en vecka. För både män och kvinnor med dessa

⁶⁴ Standardisering innebär att man på statistisk väg gör de olika kvintilgruppernas befolkningssammansättning lika för att därmed renodla sambandet inkomst-hälsa. Därmed visar de två vänstra kolumnerna hur skillnaderna i hälsa mellan kvintilgrupperna skulle se ut om de hade samma ålderssammansättning, och de två högra hur skillnaderna skulle se ut om sammansättningen dessutom var densamma vad gäller socioekonomisk indelning, civilstånd och födelseland.

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 oro 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.⁶⁵ 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 relaterad till ekonomisk stress och arbetslöshet och att det inte minst under senare år har blivit ett allt tydligare samband mellan låg inkomst och högt fettinnehåll i kosten.⁶⁶

Fattigdom och klassolikhet i hälsa

Sverige har i likhet med andra västeuropeiska samhällen en kraftig klassgradient i sjuklighet och dödlighet och även en stor översjuklighet bland utsatta grupper som arbetslösa, ensamstående mödrar etc. Det är mot den bakgrunden anmärkningsvärt att notera att inkomstförhållanden som spelar en stor roll för hälsan hos enskilda individer förefaller att spela en mindre roll för att förklara dessa skillnader i hälsa mellan sociala klasser i Sverige jämfört med den roll de spelar i andra länder som exempelvis Storbritannien.⁶⁷ Det finns uppenbarligen faktorer i det svenska samhället och i den generella socialpolitik som har förts som inte bara skyddar utsatta grupper mot fattigdom i hög utsträckning utan också skyddar mot fattigdomens hälsoeffekter när den väl ändå inträffar. Det är oklart vilka dessa faktorer exakt är, men det kan antas att det gäller dels den relativt jämna inkomstfördelningen, dels att alla medborgare genom den generella och solidariskt finansierade välfärdspolitiken har tillgång till tjänster – bl.a. hälso- och sjukvård, barn- och

⁶⁵ Blank N, Diderichsen F. The effects of poverty on sleep problems in Sweden. *Scan J Soc Welf* 1997;6:91–98. Starrin B, Rantekaisu U, Hagquist C: Ekonomisk påfrestning, skamgörande erfarenheter och ohälsa under arbetslöshet. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 1998;4,2,91–108.

⁶⁶ *Folkhälsorapport 1994*. Stockholm Läns landsting 1994.

⁶⁷ Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Soc Sci Med* 1999 (in press).

äldreomsorg och utbildning – som är både trygghetsskapande och ekonomiskt omfördelning.⁶⁸

Förekomst och effekter av ekonomiska försörjningsproblem

Försörjningsvillkor under 1990-talet – några allmänna drag

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 analyser⁶⁹ åstadkommit utan att spridningen av den ekonomiska standarden⁷⁰ mellan olika grupper har påverkats i någon större utsträckning. 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

⁶⁸ Enligt en ESO-rapport (Ds 1994:86) om fördelningseffekter av offentliga tjänster har hushållens konsumtion av hälso- och sjukvård, barn- och äldreomsorg och utbildning ett sådant fördelningsmönster bland hushållen att inkomstskillnaderna mellan olika hushållskategorier i praktiken minskar genom konsumtionen. De största utjämnande effekterna sker över varje hushålls livscykel. Däremot omfördelas inte inkomsterna av konsumtionen särskilt mycket mellan olika sociala klasser.

⁶⁹ Underlagsmaterialet för framställningen är vissa uppdaterade beräkningar till Finansdepartementets fördelningspolitiska redogörelse i prop. 1997/98:1, bilaga 7 och uppgifter från motsvarande redogörelse i prop. 1998/99:1, bilaga 5.

⁷⁰ Med ekonomisk standard menas här disponibel inkomst justerad för försörjningsbörda.

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.⁷¹ 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.

För närvarande pågår arbete inom Socialstyrelsen med beskrivningar och analyser av socialbidragstagandet under 1990-talet. Socialstyrelsen har lämnat en första redovisning av sitt arbete under september 1998.⁷² Vidare har den nyligen avslutade Socialtjänstutredningen sammanställt sin analys av socialbidragstagandet i betänkandet *Ökade socialbidrag* (SOU 1999:46).

Enligt Socialstyrelsens undersökning har antalet hushåll som får socialbidrag ökat under 1990-talet från ca 275 000 år 1990 till 403 000 år 1997. Ungdomar, nyanlända invandrare, ensamstående mammor och pensionärer med invandrarbakgrund är grupper där ökningen av socialbidragstagandet har varit kraftig. För ungdomar och nyanlända invandrare är det huvudsakligen decenniets höga arbetslöshet tillsammans med ingen eller låg arbetslöshetsersättning som har ökat bidragstagandet. En hög andel ensamstående mammor har vidare för låga inkomster för att klara försörjningen. Ett ökande antal invandrade pensionärer får inte full folkpension och behöver kompletterande socialbidrag.

Även om de flesta socialbidragstagare enligt undersökningen har korta och tillfälliga perioder med socialbidrag finns det personer som har bidrag under flera år. De har en särskilt utsatt situation. Det är också i huvudsak antalet hushåll med lång bidragstid som har ökat under 1990-talet.

⁷¹ Uppgifter om den ekonomiska standardutvecklingen 1991–1996 för de äldre pensionärerna redovisas i Socialdepartementets rapport *Sämre för mig, bättre för oss* (Ds 1995:5). I måttet disponibel inkomst efter skatt ingår inte avgifter som äldre har för offentliga tjänster. Avgifter för hemtjänst diskuteras emellertid i rapporten. Det framgår att drygt 10 procent av landets pensionärer har utgifter för kommunal hemtjänst. Bland dessa är äldre, ensamstående och kvinnliga pensionärer överrepresenterade. De som hade utgifter för hemtjänst år 1996 hade i genomsnitt 80 procent av de övrigas ekonomiska standard innan hemtjänstavgiften var betald. Då avgiften hade erlagts minskade den relativa ekonomiska standarden till ca 75 procent.

⁷² Redovisningen av Socialstyrelsens projekt om långvarigt socialbidragstagande bygger på information i Statistiska Centralbyrån, *Välfärdsbulletinen*, 1998:3.

Av Socialtjänstutredningens analys framgår att antalet hushåll med långvarigt socialbidragstagande (minst åtta månaders bidrag under ett år) har femdubblats från drygt 32 000 år 1990 till ca 150 000 år 1996. Därtill framgår att andelen barnhushåll har ökat kraftigt under perioden och att denna andel var 41 procent av alla hushåll med långvarigt socialbidragstagande år 1996. Vidare har hushållens ålder sänkts. År 1996 var mer än en fjärdedel av bidragshushållen under 25 år mot en tiondel år 1990. En ökande andel av hushållen är födda utanför Norden. År 1996 var 43 procent av alla vuxna i hushåll med långvarigt socialbidragstagande födda utanför Norden jämfört med 34 procent vid den tidigare tidpunkten. Vidare var i drygt vart femte av bidragshushållen år 1996 minst någon vuxen arbetslös sedan minst sex månader tillbaka. År 1990 fanns inga arbetslösa bland de långvarigt socialbidragsberättigade.

Enligt Socialtjänstutredningen har antalet hushåll med långvarigt socialbidrag ökat i samtliga regioner. Särskilt kraftig har antalsökningen varit i Göteborgs- och Malmöområdet. År 1996 fanns 45 procent av rikets samtliga hushåll med långvarigt socialbidrag i de tre storstadsregionerna; Stockholm, Göteborg och Malmö. Om även andra större städer inkluderas fanns tre fjärdedelar av hushållen i denna utökade grupp kommuner.

Sammanfattningsvis har den ekonomiska standarden under 1990-talet varit påtagligt negativ för ungdomar och för ensamstående föräldrar med två eller fler barn resp. samboende vuxna med tre eller fler barn. Vidare har barnfamiljer, unga människor, utomnordiska invandrare och arbetslösa personer ökat sitt långvariga socialbidragstagande i stor omfattning.

Utsatta grupper till följd av försäkringsvillkor

Det har skett en ökning under 1990-talet av tidsbegränsade anställningar i alla åldersgrupper av arbetskraften och i synnerhet bland ungdomar. Antalet sjukfall med lång sjukfrånvaro har vidare ökat under senare år bland kvinnor. Även sjuknärvaron har ökat i framför allt vård-, omsorgs- och utbildningsyrken som domineras av kvinnor och där lönerna är relativt låga. Arbetslösheten är hög i allmänhet och särskilt i fråga om ungdomar och utländska medborgare.

Eftersom huvuddelen av socialförsäkringen bygger på principen om en någorlunda fast tidigare eller framtida anställning har ökningen av arbetslösheten och ökningen av de tillfälliga anställningarna en starkt negativ effekt på andelen som i verkligheten omfattas av ett fullgott försäkringsskydd. Den minskande träffsäkerheten leder till att ökande andelar inte kan få en rimlig ersättning vid sjukdom, handikapp, för-

äldriskap eller arbetslöshet. Detta ökar risken för ekonomisk marginalisering och fattigdom vilket påverkar folkhälsan negativt. Det ökar också risken att personer som faktiskt är sjuka försämrar sitt tillstånd genom att gå till jobbet. Det finns risk att sjukfallen därmed blir längre och att de sjukdomstillstånd som orsakas av brist på nedvarvning och avslappning ökar (se avsnitt 4.2 om arbetslivsfaktorer). Nedan belyses översiktligt några problem som berör träffsäkerheten i försäkringarna.

Problem med träffsäkerheten i arbetslöshetsförsäkringen

Som en följd av den snabbt ökande arbetslösheten från början av 1990-talet skedde enligt en rapport en femdubbling av antalet personer utan försäkringsskydd (saknar såväl arbetslöshetskassa som kontant arbetsmarknadsstöd) från ca 20 000 personer vid åttiotalets slut till 120 000 personer i månaden från år 1993.⁷³ Denna marginalgrupp har därefter legat ganska konstant på den angivna nivån. Försiktigt uppskattat bedöms i rapporten att en kvarts miljon arbetslösa personer om året helt har saknat försäkringsskydd sedan år 1993. Många av dessa är ungdomar och invandrare som inte har lyckats kvalificera sig för kontant arbetsmarknadsstöd eller a-kassa. Vidare har arbetsvillkoret i a-kassebestämmelserna höjts under år 1997 från tidigare fem till sex månader. Fr.o.m. den 1 januari 1998 har en ny sammanhållen arbetslöshetsförsäkring trätt i kraft, vilket bl.a. innebär att även det tidigare lägre arbetslivsvillkoret i det kontanta arbetsmarknadsstödet har ersatts med sex månader. Regeländringarna riskerar enligt rapporten att ytterligare öka antalet arbetslösa personer som inte har lyckats kvalificera sig för något arbetslöshetsskydd.

Problemen med inträdesvillkoren i arbetslöshetsförsäkringen har uppmärksamats av regeringen. En arbetsgrupp inom regeringskansliet har nyligen lämnat förslag i rapporten Samverkan för färre bidrag och fler i jobb (Ds 1999:54) om en s.k. utvecklade utvecklingsgaranti som avses gälla personer med socialbidrag som är arbetslösa.

Problem med träffsäkerheten i sjukförsäkringen

Sjukpenningförsäkringen har kritiserats för att den både är för lätt och för svår att komma in i. Den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) som ligger till grund för hur stor ersättning som skall utges vid sjukdom fastställs utifrån en förväntad framtida inkomst (i praxis en sex-

⁷³ Salonen, T (1998), Marginaliseringsmönster i nittiotalets Sverige. I: Försäkringskassaförbundet, *Välfärden – verkan och samverkan*, Fakta nr 1:1998.

månadersperiod). Det är mycket lätt att fastställa en SGI för dem som har fast anställning eller tillfälliga längre anställningar, t.ex. projektanställningar och långtidsvikariat. Däremot har det blivit ett växande problem att fastställa SGI för personer med en lösare anknytning till arbetsmarknaden. Dessa kan i och för sig ha en rad tillfälliga arbeten som ger dem en god inkomst och också kvalificerar dem för arbetslöshetsersättning, utan att de kan komma in i sjukpenningförsäkringen. Har man å andra sidan en gång kommit in i sjukpenningförsäkringen, har man genom de s.k. skyddade tiderna ett bibehållet skydd vid arbetslöshet, rehabilitering, föräldraledighet med föräldrapenning, olika former av utbildning m.m. Man har även kvar skyddet vid annat avbrott i förvärvsarbete under högst sex månader.

En kritisk punkt är också övergången från anställning till egen verksamhet, där sjukpenningsskyddet i vissa fall kan falla bort helt och man får börja om från början. I takt med att nya anställnings- och arbetsformer tillkommer och rörligheten över landgränserna ökar, kommer också problemen med att komma in i försäkringen att öka.

I betänkandet *Förmån efter inkomst* (SOU 1997:85) och i rapporten *Beräkningsunderlag för dag ersättning – sjukpenning, föräldrapenning m.m.* (Ds 1999:19) har förslag lagts fram för att komma tillrätta med en del av dessa problem. Dessa underlag bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Problem med träffsäkerheten i pensionsförsäkringarna

Pensionsförsäkringarnas grundskydd är beroende av hur länge man har varit bosatt i landet alternativt under hur många år man har tillgodogjort sig pensionspoäng. För rätt till oavkortad folkpension krävs antingen 40 bosättningsår mellan 16 och 64 års ålder eller 30 år med pensionspoäng. Om antalet år är färre reduceras folkpensionen med 1/40 resp. 1/30 för varje år som saknas. Ändringen av reglerna gjordes inför EES-inträdet. Genom särregler har vissa grupper möjlighet att tillgodoräkna sig en viss tids bosättning i annat land. Mest generösa är särreglerna för dem som fått uppehållstillstånd på grund av skyddsbehov, medan de som fått uppehållstillstånd av humanitära skäl, familjeanknytning etc, vilket är en majoritet, helt följer huvudregeln.

De problem som drabbar äldre invandrare till följd av de nya reglerna har uppmärksammats. Socialtjänstutredningen har haft i uppdrag (tilläggsdir. 1998:70) att lämna förslag till hur den ekonomiska tryggheten för vissa äldre invandrare skall utformas. Utredningen föreslår i sitt slutbetänkande *Socialtjänst i utveckling* (SOU 1999:97) att ett

äldreförsäkringsstöd inrättas för dem som är 65 år och äldre och som har låga eller otillräckliga pensionsinkomster.

Problem med bristande samordning mellan försäkringarna

De förslag om att stärka arbetslinjen genom ökade satsningar på rehabilitering som antogs av riksdagen i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet innebar att man lämnade tidigare tankar på en lagreglerad samordnad försäkring för en inriktning som innebar en alltmer renodlad/effektiviserad sjukpenningförsäkring och förtidspensionering, som ger ersättning endast när nedsättningen av arbetsförmågan är medicinskt betingad, och en likaså renodlad arbetslöshetsförsäkring som förutsätter att den som uppbär ersättning också har en arbetsförmåga, när arbete eller andra åtgärder erbjuds. Samordningen mellan försäkringarna överlämnades till olika aktörer vid rehabiliteringsarbetet.

Riksförsäkringsverket anger i sin årsrapport för år 1997 att försäkringskassans arbete i enskilda ärenden inte är så aktivt som är möjligt i fråga om partiell sjukpenning, reseersättning, annat lämpligt arbete och samordnad rehabilitering. En fördjupad bedömning försummas ibland och försäkringsläkaren konsulteras inte i den utsträckning som är önskvärt. Vidare har det visat sig att underlagen inför bedömningar och beslut om rätt till ersättning och rehabiliteringsbehov och -åtgärder i många fall är dåliga. Ofta är också gränserna mellan sjukfallsärenden och rehabiliteringsärenden otydliga eftersom tydliga ställningstaganden saknas. Vidare fungerar inte försäkringskassans samordning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen så bra som den borde.

Ett problem som sammanhänger med samordningen är att personer som inte bedöms vara sjuka enligt reglerna i sjukförsäkringen och som heller inte bedöms kunna stå till arbetsmarknadens förfogande kan hamna i en gråzon utan ersättning från någon av försäkringarna. Problemet med en gråzon i detta fall är otillräckligt belyst.

4.3.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Orsakerna till förändringen under 1990-talet har angetts i föregående avsnitt som förändringar i dels arbetsmarknads- och arbetslivsvillkor, dels skatter och transfereringar. I det senare fallet har särskilt socialförsäkringarna uppmärksammats.

Vår kunskap om sambandet mellan försörjningsvillkor och ohälsa har vidare redovisats. Denna kunskap varierar. Det finns starka belägg för

att inkomst är knuten till dödlighet och självrapporterad hälsa samt att effekten finns över hela inkomstskalan. Vidare visar studier att det finns ett starkt samband mellan självskattad hälsa och människors erfarenhet av ekonomiska svårigheter med löpande hushållsutgifter och avsaknad av kontantmarginal. Även inkomstförändringar för hushåll och individer är en riskfaktor inte minst för medelinkomsttagare. Vidare har låga inkomster visat sig ha negativa synergieffekter tillsammans med långvarig arbetslöshet. Studier talar också för att exponering för ekonomiskt och socialt utsatta stadsdelsmiljöer är en riskfaktor vid sidan om individens egen ekonomiska situation. Därtill talar studier för att samhällen med stora inkomstklyftor i sig kan vara en riskfaktor av mycket stor betydelse.

Även anställningsförhållandena är väsentliga från hälsosynpunkt med tanke på att allt fler människor har osäkra anställningar. Hälsan påverkas av osäkra anställningar genom den stress som osäkerheten innebär och även genom de svårigheter som personer med osäkra anställningsvillkor har i vissa fall när det gäller att få en inkomstrelaterad ersättning från socialförsäkringen vid sjukdom, föräldraskap eller arbetslöshet. När det gäller ökad sjuknärvaro finns en risk att sjukligheten ökar långsiktigt i och med att allt fler uppger att de inte kan vara hemma från jobbet trots att de är sjuka. Arbetslösheten leder vidare inte bara indirekt till risker för ohälsa genom ökad ekonomisk stress utan tycks också direkt påverka hälsan genom psykosomatiska reaktioner och ökad oro (se avsnitt 4.2 om arbetslivet).

Socialförsäkringen har till uppgift att motverka ekonomisk stress och skapa möjligheter för enskilda att upprätthålla en rimlig ekonomisk standard trots eventuell sjuklighet, handikapp eller föräldraskap. Arbetslöshetsförsäkringen har en motsvarande funktion med avseende på arbetslöshet. Om denna funktion försämras genom otillräckliga kompensationsnivåer eller genom att allt fler utesluts från inkomstrelaterade ersättningar kan det antas att ohälsan ökar indirekt i samhället.

Påverkansmöjligheter

Påverkansmöjligheterna när det gäller ekonomiska försörjningsvillkor får anses goda och kan ske genom den makroekonomiska politiken och genom finans-, arbetsmarknads- och socialpolitiken. Några av de aktuella åtgärder och mål som påverkar försörjningsvillkoren redovisas i avsnitt 4.3.3.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Vi har inledningsvis redovisat utländsk och svensk forskning om sambandet mellan människors försörjningssituation och hälsa. Det framgår av avsnittet att det finns få svenska studier av det nämnda sambandet.

Vi anser mot bakgrund av detta att svensk empirisk forskning bör byggas ut kring bl.a. följande problemområden med fokus på orsaks-samband:

- spridning i ekonomisk standard och hälsoutfall,
- erfarenhet av ekonomiska svårigheter inkl. skuldsättning och hälsoutfall,
- inkomstförändringar och hälsoutfall,
- tillfälliga anställningars försörjnings- och hälsoeffekter,
- kompetensutveckling i arbetet och hälsoutfall,
- synergieffekter mellan låg ekonomisk standard och andra variabler, t.ex. arbetslöshet och tillfälliga anställningar, å ena sidan och hälsoutfall å andra sidan.

Vidare bör forskningen ta fasta på den omvända situationen mot den som har beskrivits, nämligen hur ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättningar påverkar berörda individers och hushålls ekonomiska situation.

Den nämnda forskningen bör enligt vår mening avse såväl svenska förhållanden som jämförelser mellan svenska och utländska förhållanden.

4.3.3 Befintliga mål och strategier

Inledning

Arbetsmarknadssituationen har förbättrats för såväl män som kvinnor från årsskiftet 1997/98 genom att sysselsättningen har ökat och arbetslösheten har minskat. Denna förändring tillsammans med förbättringar från ungefär samma tidpunkt av den offentliga sektorns ekonomi innebär att förändringar har kunnat ske i vissa fall av regler, åtgärder och mål med avseende på den ekonomiska politiken, arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemen.

Skatte- och transfereringspolitik

I den ekonomiska vårpropositionen som har godkänts av riksdagen (prop. 1998/99:100, bet. 1998/99:FiU20, rskr. 108) redovisas vissa åtgärder som direkt påverkar individers och gruppers försörjnings-situation. Bland åtgärderna ingår att under år 1999 tillföra låg- och medelinkomsttagare en ökad köpkraft genom en skattereduktion och att sänka fastighetsskatten på hyreshus. Andra åtgärder är höjda pensionstillskott för pensionärer, förbättrade barnbidrag och studiebidrag, reformerat studiestödssystem och nya regler för underhållsstöd.⁷⁴ De sammantagna åtgärderna anses av regeringen framför allt gynna hushåll med låg ekonomisk standard. Den femtedel som har lägst ekonomisk standard bedöms få en ökning av den disponibla inkomsten med 2,5 procent. I den ekonomiska vårpropositionen avsätts vidare resurser för att stegvis genomföra en allmän förskola och en maxtaxa i barnomsorgen fr.o.m. år 2001, vilket regeringen anser påverkar försörjnings-situationen långsiktigt.

Arbetsmarknads- och utbildningspolitik

Regeringen anger i vårpropositionen två övergripande mål med avseende på sysselsättning och arbetslöshet. Det ena är att minska den öppna arbetslösheten så att den uppgår till högst 4 procent av arbetskraften vid utgången av år 2000 och att därefter nå full sysselsättning. Det andra är att andelen sysselsatta av befolkningen skall öka från 74 procent år 1997 till 80 procent år 2004.

Prioriterade åtgärder är bl.a. att effektivisera arbetsplatsförmedlingen och att se över arbetslöshetsförsäkringen vad gäller bl.a. kraven på omställning. För att förhindra långa perioder utan arbete skall långtidsarbetslösa och långtidsinskrivna prioriteras när det gäller deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Under hösten 1999 införs t.ex. ett förstärkt anställningsstöd för arbetslösa personer som varit arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitiska åtgärder under minst tre år. Stödet ges genom kreditering av arbetsgivarens skattekonto under två år. Arbetsförmedlingarna får vidare medel för personalförstärkningar för att bl.a. stärka invandrades ställning på arbetsmarknaden. För invandrare förbättras också tillgången på praktikplatser i samband med utbildning i svenska för invandrare. Ytterligare resurser tillförs för lönebidragsanställning av arbetshandikappade.

⁷⁴ Höjningen av pensionstillskottet för pensionärer är en kompensation för den höjning av högkostnadsskyddet i läkemedelsförmånen från 1 300 kronor till 1 800 kronor som gäller fr.o.m. den 1 juli 1999.

Kunskap och utbildning är enligt regeringen nyckeln till hög sysselsättning och tillväxt. Utöver ett stegvis införande av en allmän förskola, kvalitetsutveckling inom grund- och gymnasieskolan och utbyggnad av högskolan framhåller regeringen satsningarna på vuxenutbildningen, det s.k. kunskapslyftet, som en viktig åtgärd. Kunskapslyftet som startade år 1997 beräknas fram till år 2002 ha nått 800 000 nya studerande. Medel för kompetensutveckling har avsatts i vårpropositionen.

Socialförsäkrings- och socialtjänstfrågor

I anslutning till genomgången i avsnitt 4.3.1 har nämnts att en arbetsgrupp i regeringskansliet har redovisat förslag till en utvecklingsgaranti för arbetslösa socialbidragstagare och att arbete pågår eller nyligen har avslutats som berör träffsäkerheten i sjukförsäkringen och i pensionsförmånerna för äldre invandrare. Inom regeringskansliet pågår även beredningsarbete i andra frågor med anknytning till socialförsäkringsområdet, bl.a. beträffande ett förändrat regelsystem för förtidspensioner som avses att träda i kraft fr.o.m. år 2001. Dessa frågor berörs inte närmare här. Däremot skall Socialtjänstutredningens uppdrag och vissa slutsatser belysas något mer ingående.

Socialtjänstutredningen har haft i uppdrag att analysera och lämna förslag som bl.a. berör socialtjänstlagens konstruktion och struktur, socialtjänstens finansiering, socialtjänstens uppgift att främst bistå vid tillfälliga sociala eller ekonomiska problem samt formerna för tillsynen över socialtjänsten. Utredningen har vidare haft i uppdrag, som tidigare har nämnts, att lämna förslag till hur den ekonomiska tryggheten för vissa äldre invandrare skall utformas.

I det ursprungliga uppdraget har ingått att analysera sambandet mellan socialbidraget och övriga trygghetssystem utifrån de övergripande förändringar som har skett i samhället under 1990-talet, särskilt när det gäller förändringar i de statliga transfereringssystemen. Utredningen har i sitt slutbetänkande kommit fram till att bl.a. ändringar i bostadsbidragssystemet resp. studiestödssystemet kan dämpa behovet av socialbidrag hos främst barnfamiljer i allmänhet och barnfamiljer med studerande vuxna i synnerhet. Utredningen har dock inte lagt några konkreta förslag om ändringar av systemen utan överlåter detta till den fortsatta beredningen av frågorna.

4.3.4 Mål och strategier

Mål*1. Ökade inkomstklyftor bör motverkas*

- Skatter och transfereringar bör motverka ökade inkomstklyftor.

2. Minskad relativ fattigdom

- Försörjningssituationen för hushåll med låga inkomster bör förbättras.
- Möjligheter till eget arbete bör förbättras för personer som saknar arbete.
- Nya kvalifikationsvillkor för arbetslöshets- och sjukförsäkringen bör övervägas.
- Kompensatoriska åtgärder bör finnas för barn och ungdom i utsatta områden.
- Skuldsaneringen bör omfatta fler.

3. "Skydd" mot otrygga anställningar och inkomstförsämringar

- En fortgående kompetensutveckling i arbetet bör stimuleras för att skapa utveckling och trygghet.
- Arbetsvillkoren för anställda i vård-, omsorgs- och utbildningsyrken bör bli bättre.
- Socialförsäkringssystem bör vara trygga och förutsägbara med avseende på inkomstnivåer.

4. Ekonomisk trygghet vid arbetshandikapp

- Samordningen mellan sjukförsäkringen/förtidspensioneringen och arbetslöshetsförsäkringen bör bli bättre.

5. Mer förebyggande inslag i socialförsäkringen

- Nuvarande regler om förebyggande inslag bör tillämpas mer.
- Möjligheterna till förebyggande insatser bör vidgas.
- Försäkringskassorna bör vara aktiva i det lokala och regionala folkhälsoarbetet.

Inledande synpunkter

Det framgår av föregående avsnitt att arbetsmarknadssituationen och den offentliga sektorns ekonomi har förbättrats under de senaste åren. Vidare är många åtgärder beslutade eller beaktas av utredningar som har betydelse från försörjningssynpunkt för ekonomiskt utsatta grupper. Utöver åtgärder som kan antas påverka sysselsättningen positivt finns sådana som inriktas på att stärka den enskildes försäkringsskydd inom ramen för de generella socialförsäkringarna och att minska betydelsen av socialbidraget som ett permanent försörjningsstöd för stora grupper.

Vi har mot bakgrund av detta inte skäl att lägga några utförliga förslag om olika gruppers försörjningssituation t.ex. vad gäller socialförsäkringarna eller socialbidraget. De mål och åtgärder som vi vill lyfta fram har sin utgångspunkt i de samband som finns mellan försörjningssituation och hälsa och som vi anser bör beaktas explicit vid utformningen av försörjningspolitiken i dess olika varianter. Sambanden gäller tre olika aspekter på försörjning:

- **Fördelning:** Ojämn fördelning ökar ohälsan i hela befolkningen.
- **Fattigdom:** Människor som lever i fattigdom har större risk för ohälsa.
- **Ekonomisk otrygghet, ekonomisk stress:** Människor som riskerar att få sin inkomst drastiskt minskad eller förlora sin försörjning har större risk för ohälsa än andra. Detta gäller på alla nivåer av ekonomisk standard.

Mål, strategier och aktörer

Ökade inkomstklyftor bör motverkas

Det finns starka belägg för att inkomst är knuten till dödlighet och självrapporterad hälsa och att denna effekt finns över hela inkomstskalan och inte bara för dem med lägst inkomst. Vidare finns det ett växande empiriskt stöd för att stora inkomstklyftor i sig kan vara en riskfaktor av mycket stor betydelse. I Sverige är spridningen i ekonomisk standard förhållandevis låg och har varit så även under 1990-talets ekonomiska kris även om en viss ökning av spridningen har beräknats finnas under de senaste åren.

Vi anser mot bakgrund av detta samband om inkomstklyftor och hälsa att ansträngningar bör göras för att motverka att vi får ökade klyftor i ekonomisk standard mellan olika hushåll. För den offentliga sektorns del bör det handla om att förbättra den ekonomiska standarden för hushåll som har fått en försämrad ekonomisk situation under 1990-

talet och som även för närvarande har en låg ekonomisk standard. Mot den bakgrunden bör regeringskansliet vid beredning av regeländringar som gäller skatter och transfereringar beakta det nämnda sambandet och göra sådana förändringar i skatter och transfereringar som motverkar ökade inkomstklyftor. Som framgår av redovisningen i avsnitt 4.3.1 är det särskilt bland barnfamiljer och ungdomar samt bland vissa grupper av äldre som den ekonomiska standarden har försämrats under 1990-talet. Med avseende på äldre människor är det också angeläget att beakta betungande utgifter för bl.a. hälso- och sjukvård, läkemedel, omvårdnad och boende.

Målet att motverka ökade inkomstklyftor skall ses mot bakgrund av forskningsresultat om att stora inkomstklyftor är en betydande riskfaktor för ohälsa. Målet förutsätter dock inte att lönerelationerna mellan inkomstgrupper i samhället måste vara stationära.

Minskad relativ fattigdom

Utöver det nämnda sambandet mellan inkomstspridning och hälsa finns det ett starkt samband mellan självskattad hälsa och människors erfarenhet av ekonomiska svårigheter med löpande hushållsutgifter och avsaknad av en kontantmarginal. Försörjningssituationen för människor med låga inkomster bör mot den bakgrunden förbättras. Vidare bör åtgärder vidtas som bryter socialbidragstagande som ett permanent försörjningsstöd.

När det gäller de två följande delmålen – vidgade möjligheter till eget arbete resp. att nya kvalifikationsvillkor för arbetslöshets- och sjukförsäkringen bör övervägas – ser vi inga skäl för närvarande att lämna egna förslag till åtgärder. I stället är det angeläget att de åtgärder som redan pågår resp. de utredningar som arbetar med frågor som har anknytning till de nämnda områdena får möjlighet att verka. Vi vill dock poängtera att socialförsäkringarna har stor betydelse som skyddsfaktor mot ekonomisk stress och att utförsäkring från resp. problem att få tillträde till försäkringarna innebär hälsorisker. Att många människor i dag står utanför försäkringarna beror på arbetslöshet. För arbetslösa ungdomar utan socialförsäkringsskydd är det därför viktigt att arbetsutbudet ökar och att arbetslöshetsersättningen för deras del kompletteras med någon form av nytt stöd.

För barnfamiljerna gäller det på motsvarande sätt att få förbättringar med avseende på socialförsäkringssystemet så att socialbidragstagande kan undvikas så långt det är möjligt.

De åtgärder som gäller eller aviseras för ungdomar och barnfamiljer har betydelse även för invandrare som är unga resp. föräldrar. Ett sär-

skilt bekymmer är invandrarnas arbetsmarknadssituation med hög arbetslöshet trots en genomsnittligt minst lika god utbildning som infödda svenskar har. Dessa och andra frågor om invandrare diskuteras i kapitel 11.

Bakgrunden till det fjärde delmålet om kompenserande stöd i bostadsområdena 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. Riksdagen har beslutat (prop. 1997/98:165, bet. 1998/99:AU2) 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 bra förskolor och skolor, bra primärvård inkl. mödra- och barnhälsovård, och på utveckling av föreningsliv och sociala nätverk som kan ge vuxenstöd till barnen och ungdomarna. Sådana kompensatoriska mekanismer på institutionssidan tillsammans med en utveckling av den sociala gemenskapen i områdena är förmodligen den för närvarande viktigaste åtgärden för att minska framtida klassklyftor i hälsa.⁷⁵

Vårt femte delmål om skuldsanering sammanhänger med det kraftiga genomslaget på subjektiv ohälsa av ekonomiska svårigheter med löpande hushållsutgifter och avsaknad av en kontantmarginal. Det sammanhänger vidare med ny svensk forskning om hälsoeffekter av kraftig skuldsättning där lång livsstress, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, magkatarr och liknande är avläsbara symptom.⁷⁶ Omkring 6–7 procent av Sveriges befolkning är registrerade i Upplysningscentralens och Kronofogdemyndighetens register över skulder. Hur många som kan betraktas som överskuldsatta vet man inte men Konsumentverket redovisade år 1995 att en av 1 000 personer var i behov av skuldsanering.

Sverige har sedan den 1 januari 1995 en skuldsaneringslag (1994:334). I landet hade t.o.m. den sista december 1997 16 032 personer ansökt om skuldsanering (ca 0,15 procent av befolkningen) varav 1 529 hade beviljats sådan sanering av kronofogdemyndigheten eller

⁷⁵ Jfr Sir Donald Achesons m.fl. rapport, *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, London: The Stationery Office 1998.

⁷⁶ Ahlström R. Overindebtedness Affects Health – what are the costs to Society? In: *Money Matters* 3/98. Se även artikel i Jönköpingsposten 981230 avseende forskning vid Mitthögskolan av fil dr Richard Ahlström.

tingsrätten. Tiden är i allmänhet lång från att skulder ackumuleras till att en ansökan prövas. En person kan få vänta upp till fyra år innan en prövning sker.

Vi anser mot den här bakgrunden att skuldsaneringslagen bör ses över med avsikt att fler människor skall kunna få sin ekonomi sanerad och att handläggningstiderna skall kortas.

”Skydd” mot otrygga anställningar och inkomstförsämringar

Svenska och internationella studier talar för att inkomstförsämringar för hushåll och individer är en uppenbar riskfaktor inte minst för medelinkomsttagare och att inkomstens hälsoeffekter bl.a. är beroende av individens position på arbetsmarknaden. Särskilt har synergieffekter observerats tillsammans med långvarig arbetslöshet.

Vi har satt upp som första delmål att en fortgående kompetensutveckling i arbetet bör stimuleras för att skapa utveckling och trygghet. Detta mål tillämpas redan nu av många företag och förvaltningar men sällan med avseende på alla arbetstagare.

Vi menar att kompetensutveckling i arbetet kan vara ett ”skydd” mot negativa förändringar i försörjningsvillkor genom de förbättrade möjligheter till utveckling och trygghet i arbetet som en ”uppdaterad” kompetens ger. Vilka åtgärder som skall vidtas utöver den spontana processen för att få fler att omfattas av kompetensinsatser är dock mindre klart eftersom detta område primärt är en fråga för arbetsmarknadens parter.

Det andra delmålet har inriktningen att få till stånd en ökad medvetenhet hos offentliga arbetsgivare om de anställdas arbetsvillkor, inkl. försörjnings- och hälsosituationen i vård-, omsorgs- och utbildningsyrken. När det gäller den ökade långtidssjukligheten och sjuknärvaron som framför allt avser kvinnor har ett gemensamt initiativ tagits av Socialdepartementet och Riksförsäkringsverket under år 1999 för att belysa dessa problem. En sådan belysning är angelägen också mot bakgrund av den ökande stress på många kvinnoarbetsplatser som har rapporterats vid flera tillfällen under de senaste åren av Arbetarskyddsverkets regionala Yrkesinspektioner.

Vårt tredje delmål är att socialförsäkringssystemen bör vara trygga och förutsägbara med avseende på inkomstnivåer. Bakgrunden till detta är, som framgår ovan, att inkomstförsämringar för hushåll och individer är en uppenbar riskfaktor inte minst för medelinkomsttagare.

Ekonomisk trygghet vid arbetshandikapp

Personer som bedöms inte vara sjuka enligt reglerna i sjukförsäkringen och som heller inte bedöms kunna stå till arbetsmarknadens förfogande riskerar att hamna i en gråzon utan ersättning från någon av försäkringarna. Denna risk beror i sin tur på att regelförändringar under 1990-talet har inneburit en alltmer renodlad/effektiviserad sjukpenningförsäkring och förtidspensionering resp. arbetslöshetsförsäkring.

Riksdagens Socialförsäkringsutskott har uttalat (bet. 1996/97:SfU6) bl.a. att renodlingen av försäkringen inte får leda till att en arbetsoförmåga som huvudsakligen grundar sig på medicinska orsaker "delas upp" så att nedsättningen till olika delar hänförs till andra orsaker, såsom arbetsmarknadsmässiga eller sociala, när sådana finns.

Genom att statistik saknas på området vet vi inte exakt hur stort problemet med gråzoner är. Hur problemet avses att lösas är vidare oklart mot bakgrund av tillgängligt material.

Regeringen har tillsatt en utredning om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (Dir. 1999:44) för att bl.a. klargöra hur ansvar och uppgifter effektivast kan fördelas mellan olika aktörer i rehabiliteringsarbetet. Regeringen bör enligt vår mening även följa upp den ekonomiska situationen för arbetshandikappade personer som berörs av rehabilitering. Gråzoner mellan försäkringarna som riskerar att utsätta arbetshandikappade för ekonomisk stress bör minimeras.

Mer förebyggande inslag i socialförsäkringen

Sjukförsäkringen kan med nuvarande regler användas i förebyggande syfte. Detta gäller enskilda individer med konstaterad sjukdom eller dem som på grund av medicinsk nedsättning löper större risk att bli sjuka (återinsjukna eller ådra sig en annan åkomma). Insatser som då kan komma i fråga gäller ändring av levnadsvanor t.ex. rökavvänjning, viktreduktion, terapi eller psykologisk rådgivning. Dessa möjligheter används mycket sällan av försäkringskassan. Skälen för detta förhållande är bl.a. att kunskapen är otillräcklig hos försäkringshandläggare, försäkringsläkare och övriga läkare om de möjligheter till förebyggande insatser som lagen ger.

Det förs i dag en diskussion om huruvida försäkringskassan skall kunna stödja vissa förebyggande åtgärder på arbetsplatser, t.ex. när det gäller allergisanering eller andra arbetsmiljöförbättrande åtgärder. Vi anser att försäkringskassan bör ha en viktig roll i arbetet med att förebygga sjukdomar och skador. Kassans medarbetare har kunskap dels

genom sin statistik, dels genom daglig kontakt med sjukskrivna och med arbetsplatser. Kassorna bör därför få rätt att friare disponera resurser för initiering av förebyggande insatser som från sjukförsäkringssynpunkt är angelägna. Ekonomiska styrmedel kan vara ett sätt att uppmuntra förbättringar inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Försäkringskassan bör få möjlighet att på olika sätt bidra till att arbetsgivare vidtar åtgärder i syfte att eliminera eller motverka risker för sjukdom och skada. Riktat stöd från försäkringskassan till små och medelstora arbetsplatser som anlitar kvalitetssäkrad företagshälsovård bör t.ex. kunna genomföras.

Vi anser att åtgärder bör vidtas för att bättre än i dag använda socialförsäkringen i ett förebyggande perspektiv. I detta ingår att använda de möjligheter som nuvarande regelverk ger i högre utsträckning och att därtill vidga möjligheterna till förebyggande insatser betydligt. Kassans många kontaktpunkter och decentraliserade verksamhet är en viktig bas i det förebyggande och rehabiliterande arbetet – ett arbete som måste ske nära den vardag som människor lever och verkar i. Försäkringskassan bör därför även ta aktiv del i det lokala och regionala folkhälsoarbetet.

I de fall där en finansiell samordning mellan försäkringskassa, hälso- och sjukvård och andra lämpliga aktörer kan anses främja kostnadseffektiva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, bör möjligheter ges till en sådan samordning. Försök med finansiell samordning pågår för närvarande inom ramen för det av riksdagen beslutade s.k. SOCSAM-projektet som omfattar finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare finns det s.k. FRISAM-projektet som också beslutats av riksdagen och som avser samverkan mellan olika myndigheter och organisationer inom rehabiliteringsområdet. Erfarenheter från dessa projekt bör naturligtvis beaktas vid eventuella samordningslösningar. Det gäller också det under perioden 1993–1997 pågående s.k. FINSAM-projektet med finansiell samordning mellan försäkringskassan och hälso- och sjukvården, då erfarenheterna av projektet har varit positiva vid utvärdering.⁷⁷ Det är enligt vår mening viktigt att försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens kunskaper samordnas med avseende på det preventiva arbetet på den lokala resp. den regionala nivån.

⁷⁷ Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket. *Finansiell samordning – en slutrapport*. 1997.

4.4 Avslutande bedömning

Det framgår av kapitlet att den ekonomiska utvecklingen – och därvid särskilt fördelningspolitiken – är av strategisk betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. Det finns starka belägg för att inkomst är knuten till dödlighet och självrapporterad hälsa och att denna effekt finns över hela inkomstskalan och inte bara för dem med lägst inkomst. Vidare finns ett växande empiriskt stöd för att stora inkomstklyftor i sig kan vara en riskfaktor av mycket stor betydelse. Sambandet mellan inkomstfördelning i samhället och ohälsa som har kunnat bekräftas i allt fler studier tyder på att framtidens folkhälsopolitik bl.a. bör inriktas på att motverka ökande inkomstklyftor. Därför är det också viktigt att de grupper som under 1990-talet har förlorat mest i ekonomisk standard – ungdomar och barnfamiljer – får en förbättrad försörjningssituation. En minskad segregation i allmänhet och en ökning av kompensatoriska åtgärder inom förskola och skola m.m. för barn och ungdomar i segregerade områden är särskilt angeläget.

En viktig förutsättning för ekonomisk trygghet är möjligheten att få ett arbete samt att få behålla ett arbete. 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.

Inom arbetslivsområdet finns en lång och i många avseenden framgångsrik folkhälsotradition. Fortfarande är dock skillnader i arbetsmiljön en av de viktigaste orsakerna till ohälsans ojämlika fördelning mellan olika social- och yrkesgrupper. Därför är det särskilt viktigt att arbetets psykiska och ergonomiska krav anpassas till individens förutsättningar. Människors möjligheter till inflytande över sina arbetsvillkor, arbetstider, arbetsmiljö och kompetensutveckling bör således säkerställas.

5 Socialt kapital och sociala relationer

5.1 Inledning

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 hon 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 avsnitt 5.2 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 avsnitt 5.2 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.

Bakom begrepp som socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd finns ett omfattande teoribygge som också berörs.

I en avslutande bedömning redovisas de viktigaste resultaten och målen med inriktning på att förbättra människors hälsa genom goda sociala relationer.

5.2 Socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd

5.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Samhälle och biologi – ett systemperspektiv

För att på ett meningsfullt sätt kunna diskutera hur sociala relationer påverkar hälsan kan det vara lämpligt att tänka sig världen som ett system, där olika delar av detta system påverkar varandra hela tiden. Man talar ibland om det humanekologiska systemet, som utgår från människan och omfattar alla aspekter av hennes miljö, t.ex. våra naturresurser, men också de politiska, ekonomiska och sociala system som människan existerar inom. Detta avsnitt lyfter fram betydelsen av de sociala systemen för individers hälsa.

En viktig utgångspunkt för en sådan diskussion är det faktum att människans biologi också är en integrerad del av det totala humanekologiska systemet. Vi är ovana att se människans biologi på detta sätt. De professionella aktörer som befattar sig med människans hälsa i vårt nutida samhälle riktar oftast sitt intresse mot biologiska subsystem (t.ex. arvsmassan, fettomsättningen eller immunsystemet) eller mot individen/patienten. Möjligen kan fokus utsträckas till individen och hennes individuella vanor/”livsstil”, där framförallt konsumtionen av starkt hälsorelaterade produkter – tobak, alkohol, fett, etc. – oftast utgör en avgränsning av perspektivet.

Många menar att tendensen att utgå från individen i de flesta medicinska sammanhang har gjort det svårare att förstå sociala relationer i ett större perspektiv och deras betydelse för den mänskliga biologin. På senare tid har dock en diskussion med andra förtecken kommit på dagordningen. Delvis har detta inneburit en öppen kritik mot en alltför individorienterad syn på orsakerna till de förändringar i folkhälsan vi kan iakttaga i den s.k. industrialiserade världen, i olika geografiskt, etniskt eller socioekonomiskt definierade grupper. Begreppet socialt kapital har fått en central roll i denna kritik.^{1, 2, 3}

¹ Putnam RD. *Making democracy work*. Princeton NJ: Princeton University Press, 1993.

Trots att det inte finns någon helt entydig definition av begreppet socialt kapital så har det inspirerat till livliga diskussioner bland ledande folkhälsoforskare. Det finns uppenbarligen en övertygelse att denna typ av nytänkande kan leda till en djupare förståelse av vilka faktorer som bestämmer folkhälsans utveckling i olika samhällen. Begreppet socialt kapital verkar fylla ett teoretiskt tomrum som har gjort det möjligt att förstå sociala relationers betydelse för hälsan, inte bara för individen utan också för olika sociala grupper, lokalsamhällen, länder, etc. Kortfattat kan socialt kapital definieras som resultatet av de resurser som investeras av individer, grupper, organisationer, etc. för att utveckla goda sociala relationer.

Socialt och ekonomiskt kapital – kommunicerande kärnl

Termen socialt kapital antyder att det i likhet med andra typer av kapital går att investera i och att göra uttag från. Om investeringarna är större än uttagen kan det sociala kapitalet växa och om det är tvärtom kan det minska. Man kan vidare tänka sig att olika typer av kapital delvis är utbytbara mot varandra, dvs. fungerar som kommunicerande kärnl. Detta innebär att avkastningen på investeringar i det sociala kapitalet kan ge förbättrad hälsa hos en grupp individer eller en vinst mätt i pengar hos andra.

En farhåga finns bland vissa forskare att en del av den moderna tidens ekonomiska tillväxt har ägt rum genom att det sociala kapitalet har "realiserats" eller nedprioriterats med negativa effekter för mänskliga relationer som följd.

Vissa forskare anser att detta kunnat ske därför att de dominerande teorierna om samhällets resurser, hämtade från de ekonomiska vetenskaperna, inte har givit oss lika sofistikerade teorier om socialt kapital, som om andra typer av kapital. Detta riskerar att leda till ett osynliggörande av det sociala kapitalet och att vi inte upptäcker när vissa samhällsförändringar medför ett uttag från det. I stället bokförs en ekonomisk vinst och samhällsförändringen ifråga värderas som ensidigt positiv.

² Kaplan GA, Marmor ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312-999-1003.

³ Wilkinson RG. How does income distribution influence social cohesion and health (Paper presented at the *Fifth International Congress of Behavioral Medicine* in Copenhagen, Denmark, 19–22 August, 1998).

Folkhälsa som indikator på samhällsutvecklingen

En möjlighet att testa hypotesen om det sociala kapitalets betydelse är att studera folkhälsoutvecklingen och relatera förändringar i denna till förändringar av sociala relationer (som värdemätare på det sociala kapitalet) i olika geografiska, etniska eller socioekonomiskt definierade grupper. Några av de tendenser man då finner kan vara värda att lyfta fram.

Man har observerat en ökande ojämlikhet i hälsöhänseende som inte kan förklaras med individuella faktorer. Detta gäller flera av de "traditionella" folksjukdomarna, i synnerhet hjärt- och kärlsjukdomar, vilket i detta fall inträffar mitt i en påtaglig allmän förbättringstrend då det gäller denna typ av sjukdomar. En ökande ojämlikhet skulle kunna bero på att samhällsutvecklingen leder till ökad ojämlikhet mellan sociala grupper, bl.a. avseende det sociala kapitalet. Det finns vetenskapliga studier som stöder ett sådant antagande,^{4,5} men mer forskning behövs inom detta område.

Man diskuterar i dag också den "tredje vågens sjukdomar/tillitsbrist-sjukdomar".⁶ De utgörs av utbrändhetstillstånd, kroniska trötthetsyndrom och smärttillstånd, diffusa kroppsliga och psykiska symptom, etc. Då det gäller denna grupp av sjukdomar är orsakerna relativt okända, men flera av dem anses bl.a. förknippade med stress och dåligt fungerande sociala relationer. Det finns emellertid också andra förklaringar. Kommittén avser att göra en särskild kunskapsöversikt med avseende på dessa nya hälsoproblem.

Mekanismer i sambandet mellan sociala relationer och hälsa

En avgörande betydelse för trovärdigheten av hypotesen för hur sociala relationer påverkar folkhälsan är att den grundar sig på en rimlig teori om hur sociala fenomen kan påverka biologiska processer. Under de senaste årtiondena har den s.k. stress-sjukdomshypotesen blivit den

⁴ Härenstam A, Wiklund P, Westberg H, Ahlberg-Hultén G. Struggling for human dignity and a position in work life. A qualitative analysis of interviews with Swedish women and men in a variety of work and life situations. (Paper presented at *First International ICOH-conference on psychosocial factors at work* in Copenhagen, Denmark, August 24–26, 1998).

⁵ Lindbladh E, Bustos Castro P. Ung och arbetslös. Om marginalisering, identitet och risk. I: Härenstam A, Lundberg U, Lindbladh E, Starrin B. (red.) *I vanmaktens spår. Sociala villkor och psykobiologiska processer*. Umeå: Borea Bokförlag, 1999.

⁶ Borgenhammar E. *Att värdera liv*. Stockholm: SNS förlag, 1993.

huvudsakliga teori som på detta sätt knutit ihop det sociala systemet med det biologiska.⁷ Denna teori stämmer väl överens med den moderna riktningen inom fysiologisk grundforskning, s.k. interaktiv fysiologi. Här sätts förståelsen av olika fysiologiska systems samspel med varandra i fokus, snarare än enskilda sjukdomsmekanismer som kan hänföras till ett specifikt organ.

Genom att tänka sig världen i form av olika system som hänger ihop och ständigt påverkar varandra blir det lättare att acceptera att förändringar i den sociala miljön i grunden kan påverka balansen i samspelet mellan en rad olika fysiologiska system, t.ex. mekanismerna som styr blodtryck, blodsockeromsättning, smärtuppfattning, immunförsvar, etc. Detta sker genom psykofysiologiska mekanismer som spelar på kraftfulla akuta kroppsreaktioner, bl.a. via de s.k. stresshormonerna.^{8,9} Forskningen om dessa samband har under de två senaste årtiondena fått en etablerad position i det biomedicinska etablissemanget.

På det psykologiska planet är begreppet *coping* ett nyckelbegrepp för förståelsen av sambandet mellan sociala relationer, stress och hälsa. Detta är ett begrepp som används för att beteckna hur individer hanterar potentiellt hotande situationer, där hotet kan vara av vilket slag som helst, socialt, psykologiskt eller materiellt. Coping, som ibland översätts som förmågan att hantera sin livssituation, åstadkoms i två steg.

Det första steget i copingprocessen innebär att individen gör en bedömning om en viss omständighet utgör ett möjligt hot eller inte. Om individen verkligen då anser att det finns ett sådant möjligt hot så görs i ett andra steg en ytterligare bedömning om detta kan hanteras med tillgängliga resurser eller inte. Om individen saknar resurser så är hotet inte bara möjligt utan verkligt för individen, vilket leder till en stressreaktion som innehåller de typiska psykofysiologiska mekanismerna, dvs. en ökning av s.k. stresshormoner, ökad vakenhet, ökat blodtryck, påverkan på immunförsvaret, etc.

Den aktuella forskningen tyder på att individer som utsätts för långvarig stress riskerar en försämrad balans i viktiga fysiologiska system (blodcirkulationen, ämnesomsättningen, smärtregleringen eller immunförsvaret) och löper en ökad risk att drabbas av sjukdom.^{10,11} De blir

⁷ Cannon WB. Stresses and strains of homeostasis. *Am J Med Sci* 1935; 189:1–14.

⁸ Selye H. *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta Inc, 1950.

⁹ Henry JP. Mechanisms by which stress can lead to coronary heart disease. *Postgraduate Medical Journal* 1986; 62:687–93.

¹⁰ Theorell T. Fighting for and losing and gaining control in life. *Acta Psysiol Scand Suppl.* 1997; 640:107–111.

med andra ord mer sårbara för ohälsa och detta har sammanfattats i den på 1970-talet lanserade s.k. sårbarhetshypotesen.¹²

Det sociala nätverkets resurser, socialt stöd och minskad stress

En av de copingmöjligheter som står till buds för individen är att söka hjälp från sitt sociala nätverk i form av socialt stöd.¹³ Här har förstås både det sociala nätverkets storlek och dess resurser en avgörande betydelse för kvaliteten av det sociala stödet. Denna kvalitet beror till stora delar på hur mycket resurser som finns i det sociala nätverket i form av trygga relationer, information eller materiella resurser. Det sociala nätverkets resurser är därför en mycket viktig del av det som tidigare i texten kallats socialt kapital.

Genom detta inses den potentiella betydelsen av ett samhälles förmåga och villighet att investera i det sociala kapitalet. Detta genom insatser som syftar till att positivt utveckla resurserna i olika sociala nätverk och därmed förbättra dess medlemmars sociala stöd till varandra. Av detta inses också tydligare vad som nämnts tidigare om hur ekonomiska investeringar kan öka det sociala kapitalet, men också hur ekonomiska uttag kan göras från det.

Investeringar i fysisk planering av bostadsområden och i stödjande miljöer, i fritidsverksamhet för ungdomar, i integrationspolitik, arbetsmarknadspolitik etc, leder ofta till förbättrade förutsättningar för olika sociala nätverk, dvs. till ett ökat socialt kapital.

Socialt kapital och hälsans ojämlikhet

Risken att det sociala kapitalet skall försämrats är uppenbart ojämlikt fördelad i olika sociala grupper i samhället. Detta kan bidra till en ökad ojämlikhet i folkhälsan via försämrade sociala relationer och ökad utsatthet för stress i vissa befolkningsgrupper.

¹¹ Lundberg U. Utsatthet och ohälsa ur ett psykobiologiskt perspektiv. I: Härenstam A, Lundberg U, Lindbladh E, Starrin B. (red.) *I Vanmaktens spår. Sociala villkor och psykobiologiska processer*. Umeå: Borea Bokförlag, 1999.

¹² Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 107–23.

¹³ Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38:300–14.

Vidare har studier som genomförts av forskargrupper i England och USA visat att det finns ett kraftigare samband mellan dödlighetsnivån och den relativa skillnaden i inkomst inom ett visst geografiskt område, än mellan dödlighetsnivån och genomsnittlig inkomst i samma geografiska områden.^{14, 15, 16} Detta har vi redovisat i avsnitt 4.3.

Den brittiske ekonomen Wilkinson har pekat på att inkomstskillnader, som ju är ett direkt mått på materiell ojämlikhet, också är ett indirekt mått på socialt kapital,¹⁷ dvs. ju större inkomstskillnader, desto mindre socialt kapital i ett område. Han hävdar att detta beror på en inneboende motsättning mellan den hierarkiska och den horisontella principen för att organisera en social grupp. En hierarkisk struktur upprätthålls med någon form av maktmedel, vilket innebär att ju starkare hierarkin är desto mer maktmedel erfordras för att upprätthålla den. Detta påverkar med nödvändighet de horisontella relationerna i gruppen. Dessa bygger på principiell frivillighet och jämlikhet och utgör den typ av sociala relationer som erbjuder goda resurser för gruppens medlemmar. De utgör alltså en viktig del av det sociala kapitalet i gruppen. Stora inkomstskillnader i ett geografiskt område är därför enligt Wilkinson en markör för ett svagt socialt kapital som minskar copingförmågan i hela gruppen och paradoxalt nog drabbar alla gruppens medlemmar. Eller för att vända på perspektivet, inte bara de sämst ställda skulle få hälsovinster av större jämlikhet, utan hälsan skulle bli bättre även för de mer gynnade individerna.

Socialt kapital, föreningsliv och demokrati

Välbefinnande och i förlängningen en god hälsa, är i många avseenden en fråga om att människor känner delaktighet i och uppfattar att de har möjligheter att påverka sina egna liv och samhällsutvecklingen. Kunskaper om både sig själv och omvärlden är nödvändiga för att detta skall kunna uppnås. I ett sådant perspektiv har folkrörelserna och folkbildningen spelat en viktig roll såväl i utvecklingen och förändringen av

¹⁴ Kaplan GA, Marmor ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312-999-1003.

¹⁵ Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

¹⁶ Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-1498.

¹⁷ Wilkinson RG. How does income distribution influence social cohesion and health (Paper presented at the *Fifth International Congress of Behavioral Medicine* in Copenhagen, Denmark, 19-22 August, 1998).

samhället som för den enskilde. Det är också i det perspektivet som mycket av folkrörelsernas styrka och originalitet ligger, dvs. som forum för utveckling av sociala relationer och vinnande av nya kunskaper och som arena för diskussioner om inriktningen av samhällsutvecklingen och ett socialt förändringsbehov i stort.

De sociala avigsidorna av industrialismen och den tidvis ohämmade rovdriften på mänskligt kapital gjorde folkbildningen till en viktig del i kampen för folkflertalets frigörelse och likaberättigande. Bildningen blev på så sätt inte bara något som förbehölls en elit utan i lika hög grad något för en bredare allmänhet. Folkrörelserna kom därför att bli en viktig grund för det sociala förändringsarbete som tog sin början vid seklets inledning.

Folkrörelsernas strävanden innebar att krav började ställas på samhället om social trygghet, medborgarrätt åt alla, nykterhetspolitiska åtgärder etc, och genom studier skaffade man sig kunskaper om de uppgifter man gav sig i kast med. För många var folkrörelserna grunden för ett partipolitiskt engagemang som ett led i förändringen av samhället.

Dagens folkbildningsarbete vilar i mångt och mycket på samma principer som det arbete som bedrevs vid sekelskiftet. Det förmedlar kunskaper och färdigheter och ifrågasätter i syfte att förnya och utveckla.

Folkrörelserna bidrar också, liksom tidigare, till att höja utbildningsnivån i samhället och till att utjämna utbildningsklyftor. Möjligheter till nya perspektiv, ett utökat socialt engagemang och till skapande verksamhet måste komma så många som möjligt till del. Folkbildningen har också en nyckelroll när det gäller att skapa mötesplatser för förändring och för att överbygga klyftor mellan grupper och värna demokratiska värden.

Folkrörelserna och föreningslivet i stort utgör med andra ord en viktig del av det sociala kapitalet i det svenska samhället och skapar på många sätt goda förutsättningar för en gynnsam allmän folkhälsoutveckling och minskade sociala hälsoklyftor.

Utvecklingen av sociala relationer och hälsa i befolkningen – kunskapsläget och forskningsbehov

Sverige har under 1900-talet förändrats från ett jordbrukssamhälle till ett högt industrialiserat land. Samtidigt har samhällsutvecklingen präglats av ett välfärdssystem byggt på en stark offentlig sektor med ett omfattande trygghetssystem och med en skola och en sjukvård som är tillgänglig för alla.

Industrialiseringen som började komma igång några decennier före sekelskiftet, krävde arbetskraft och den arbetskraften fanns i jordbruket vilket ledde till omfattande befolkningsomflyttningar och en med tiden avfolkad landsbygd. En annan konsekvens var att kvinnorna kom ut i arbetslivet och fick möjligheter till egen försörjning. Behovet av arbetskraft och kvinnornas frigörelse var också några av de viktigaste faktorerna bakom utbyggnaden av barnomsorgen under 1970- och 1980-talen.

Under det senaste decenniet har informationsteknologin inneburit en ny och mycket omvälvande förändring av samhället, av arbetslivet och av människornas kommunikationsmönster. Vi är fortfarande i början av denna förändring.

Under 1900-talet har folkrörelserna, som vi har nämnt, spelat en viktig roll för skapandet av samhörighet runt gemensamma värden och för skapandet av en plattform för arbetet med att förbättra samhället. Folkrörelserna har också spelat en viktig roll för den enskildes förmåga att behärska och styra sitt liv. De var också viktiga för folkbildningen genom exempelvis folkhögskolorna för dem som saknade tillträde till de formella utbildningarna.

De samhällsförändringar som har redovisats ovan har också inneburit stora förändringar för den enskilde med uppbrott från invanda miljöer, ändringar i livsstil och värderingar kombinerat med möjligheter att leva mer efter eget val. Familjens roll har på så sätt kommit att förändras i grunden och dess roll som försörjningsinstitution har starkt förändrats. En konsekvens av detta är en minskning av antalet äktenskap och nya former för samlevnad. Antalet skilsmässor har också ökat kraftigt under 1900-talet.

De förändringar som har berörts har på många sätt ändrat förutsättningarna för det sociala kapitalet.

Sociala relationer, kön, ålder och hälsa

Då det inte finns några systematiska mätningar av sociala relationer i den svenska befolkningen är det svårt att exakt definiera vilka grupper som är mest utsatta för svaga sociala nätverk och ett svagt socialt stöd. Generellt sett anger män dock en sämre kvalitet i sina sociala relationer än kvinnor. Unga personer har ofta mycket stora sociala nätverk medan äldre har mindre. Antalet närstående personer i nätverket verkar vara mer konstant i alla åldersgrupper. Bland de äldre i befolkningen finns dock en med ålder ökande grupp med mycket små nätverk och svagt socialt stöd. Eftersom det oftast är maken/makan som är den viktigaste källan till det sociala stödet bland de allra äldsta, så utgör äldre ensam-

stående kvinnor en grupp som måste anses mycket sårbara i detta hänseende. Detta av rent demografiska skäl eftersom kvinnor vanligen gifter sig med något äldre män och männens medellivslängd i Sverige är närmare fem år kortare än kvinnornas.

Relativt lite är känt om tendenserna för barns och ungdomars sociala relationer och sociala kapital. Många forskare menar dock att det skett en ökning av just den typ av ohälsa som anses förknippad med sviktande copingförmåga och stress, dvs. nedsatt psykisk hälsa och psykosomatiska besvär som huvudvärk, magont, trötthet, koncentrationssvårigheter, etc.¹⁸

I den internationella litteraturen har framför allt unga lågutbildade kvinnor, särskilt ensamstående mödrar, utpekats som en riskgrupp för social isolering och mental ohälsa.¹⁹ Aktuell forskning där dessa grupper jämförs mellan Sverige och Storbritannien, visar att hälsoeffekterna av dessa omständigheter är betydligt starkare i Storbritannien än i Sverige.²⁰ Detta tyder på att det finns avgörande skillnader mellan de båda länderna då det gäller dessa kvinnors sociala kapital.

Social klass, sociala relationer och hälsa

Från internationella och svenska studier vet man också att det sociala nätverkets storlek varierar med socioekonomisk tillhörighet, då flera studier visar att arbetare tenderar att ha mindre nätverk än tjänstemän.^{21, 22} Emellertid så vet man samtidigt att enbart storleken på det sociala nätverket har ganska liten betydelse för hälsan. Det är i stället vissa kvaliteter i innehållet i de sociala relationerna som tycks ha större betydelse.²³ Dessa kvaliteter beror på nätverkets resurser och förmåga att förmedla materiella resurser, information och emotionellt stöd. Nätverk som utarmats på någon av dessa faktorer innebär att dess sociala

¹⁸ Bremberg S (red). *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholms län*. Stockholms läns landsting, 1998.

¹⁹ Brown GW, Harvis T. *Social origins of depression*. New York: The Tree Press, 1978.

²⁰ Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Soc Sci Med* (in press).

²¹ Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol* 1976; 104:1–8.

²² Hanson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. Doktorsavhandling vid Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet. Studentlitteratur. Lund, 1988.

²³ Se not 22.

relationer är mindre effektiva då det gäller att hjälpa individerna att hantera sin livssituation genom en bra coping, dvs. individerna löper risk att utsättas för stress.

En annan skillnad som noterats mellan arbetares och tjänstemäns nätverk är att de förstnämnda oftare ingår i nätverk som domineras av familjemedlemmar och släktingar, medan de senare ingår i nätverk av individer med liknande yrke eller social bakgrund. Det finns inget som klart tyder på att den ena typen av nätverk skulle vara bättre än den andra i hälsöhänseende, men familje- och släktbaserade nätverk är definitionsmässigt svårare att reparera vid förluster av medlemmar eller att ersätta då individen flyttar.

Sociala relationer, migration och hälsa

I Sverige har det sociala kapitalets kvalitet i storstadsområdenas invandrartäta stadsdelar diskuterats. Den senaste folkhälsoundersökningen i Malmö visade t.ex. att de sociala relationerna bland stadens utlandsfödda är betydligt svagare än bland svenskfödda. Särskilt tydligt var detta för kvinnorna där upp till hälften uppgav att de saknade en nära vän som de kunde diskutera personliga problem med.²⁴

Sociala relationer, arbetsliv och hälsa

I arbetslivet finner man inget starkt samband mellan kvaliteten i arbetets sociala relationer och ställningen i arbetsplatshierarkin. Möjligen har personer i toppen av hierarkin ett mindre stöd från arbetskamrater och överordnade än övriga.²⁵

I den senaste folkhälsoenkäten i Malmö noterades att en stigande andel av svenskfödda, välutbildade, förvärvsaktiva medelålders män rapporterade dåliga sociala relationer utanför arbetet.²⁶ Detta är en ny

²⁴ Lindström M, Östergren P-O, Bexell A, Hanson BS. *Hälsorisker bland utlandsfödda malmöbor*. En rapportserie om malmöbornas hälsa nr 47. Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet. Malmö 1997.

²⁵ Koskinen P, Östergren P-O, Balogh I, Hanson BS, Isacson S-O and the Malmö Shoulder-Neck-Group. The association of work-related psychosocial and mechanical risk factors for shoulder and neck pain with socioeconomic status and sex in an urban middle aged general population. Results from Malmö Shoulder and Neck Study (Manuscript in progress).

²⁶ Håkansson U, Östergren P-O. Does a focus on "marginalized" groups in social epidemiology risk missing "mainstream" tendencies? Self-rated health

observation som inte framkommit vid tidigare undersökningar. Just denna grupp har nästan alltid ansetts mycket lite utsatt för olika hälso-risker, varför detta resultat kan tyckas överraskande.

En möjlig tolkning är att denna grupp har drabbats av ökade krav i arbetslivet och att dessa krav konkurrerar om resurserna för att vidmakthålla fungerande sociala nätverk och goda sociala relationer utanför arbetet. Anmärkningsvärt är också att många män i denna grupp skattar sin egen hälsa som mindre god jämfört med tidigare undersökningar.²⁷ Detta bör ses som ett varningstecken för den framtida hälsoutvecklingen bland medelålders män med tanke på att en dålig självskattad hälsa anses vara en stark markör för framtida allvarlig sjukdom och död. Detta kan stämma väl med nya rapporter om ökade sjukskrivningar i denna grupp.

Sociala relationer och familjeliv

Under loppet av de senaste tre decennierna har det skett genomgripande förändringar av familjelivet i Sverige. Ännu i slutet av 1960-talet var den traditionella kärnfamiljen med mannen som huvudförsörjare vanlig, men från början av 1970-talet skedde en kraftig ökning av kvinnors och mödrars deltagande i förvärvslivet och tvåförsörjarfamiljen började bli vanlig. Vidare har åldern för kvinnan då hon föder sitt första barn, successivt ökat. Under perioden har också tiden blivit kortare mellan de barn kvinnan föder. I ungefär hälften av alla familjer med två barn är ålderskillnaden mellan barnen högst 2,5 år.

Separationer i familjer har ökat, både bland sammanboende och gifta. År 1992/93 levde 86 procent av 0–6-åringarna och 68 procent av 13–17-åringarna tillsammans med bägge sina ursprungliga föräldrar. Det är en minskning med 2 procentenheter respektive 5 procentenheter sedan åren 1984/85. Barn som inte lever med bägge sina föräldrar bor vanligen med modern, 17 procent i åldern 13–17 år, medan 4 procent i denna åldersgrupp bor med fadern och 11 procent i ombildade familjer. Andelen tonåringar som levde med bägge sina föräldrar var som högst under åren 1966–1975. Dessförinnan var familjesplittringen större vilket berodde på att det då var vanligare att barn förlorade någon av föräldrarna genom dödsfall.

Konsekvenserna för barns hälsa av dessa förändringar är inte entydig. Barnens ökade tillgång till förskola har sannolikt gynnat deras psykiska hälsa. Separationer innebär på kort sikt påfrestningar på bar-

in an adult general population in Southern Sweden – associations to age, gender, ethnicity and socio-economic factors (Submitted for publication).

²⁷ Se not 26.

nen. Efter några år förefaller dock barn som genomgått en skilsmässa inte vara sämre ställda i hälsöhänseende. Separationer föregås ofta av konflikter i familjen. Konflikter under uppväxtåren ökar risken för såväl kroppslig som psykisk ohälsa i vuxen ålder. Det ökade antalet separationer hänger samman med att det är ekonomiskt lättare att separera i dag än under 1960-talet. Det innebär att makar med omfattande konflikter sannolikt separerar i ökad omfattning. Det innebär att förekomsten av långvariga familjekonflikter kan ha minskat. Om så är fallet skulle det ha en gynnsam effekt på barnens hälsa. Hälsoeffekterna av ombildade familjer är dock ofullständigt kända liksom effekterna av tätare barnafödande och av föräldrarnas ökade ålder då första barnet föds.

Effekter för individen av dåliga sociala relationer

Man har visat att dåligt fungerande sociala relationer utgör en påtaglig riskfaktor för ökad dödlighet av alla orsaker, en ökad risk för individen att insjukna i sjukdomstillstånd som hjärt- och kärlsjukdom och andra typer av allvarlig ohälsa. När det gäller stress så vet man att det finns ett samband med för högt blodtryck, sämre socker- och fettomsättning, ökad tendens till blodproppsbildning, försämrade funktioner i immunförsvaret, sänkt smärtröskel samt en rad andra fysiologiska störningar som innebär en ökad risk för sjukdomsutveckling.^{28, 29} Om man antar att sociala relationer framförallt har relevans för hälsan genom att minska individens utsatthet för stress, så betyder detta att dåliga sociala relationer kan vara involverade i orsakskedjorna till en rad olika sjukdomstillstånd.

Det är också välbelagt att sociala relationer har stor betydelse för individers beteenden, inte minst sådana beteenden som kan innebära en ökad sjukdomsrisk – t.ex. rökvanor, alkoholvanor, kost och motionsvanor, sexualvanor och andra former av riskbeteende.³⁰

²⁸ Se not 10.

²⁹ Se not 11.

³⁰ Se not 22.

5.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Allmänna förutsättningar för bättre folkhälsa via sociala relationer

Orsaker till utvecklingen har berörts översiktligt i avsnitt 5.2.1 och tas inte upp ytterligare här. Ovanstående försök att från ett makroperspektiv förstå sambandet mellan sociala relationer och hälsa, leder inte omedelbart till en förståelse för hur man omgående kan börja förebygga ohälsa. Dock kanske det kan leda till ett ökat intresse för den stora potentiella betydelsen av sambandet mellan samhällsutveckling, politisk analys/debatt/praktik och möjligheterna till framgångsrika åtgärder för att förbättra folkhälsan genom investeringar i det sociala kapitalet.

Eftersom sociala relationer är en integrerad del av ett samhälle finns det en oändlig mängd påverkansmöjligheter. Snart sagt alla insatser som förändrar samhället påverkar också de sociala relationerna. Det är dock sällsynt att sådana förändringar görs i det snäva syftet att förbättra folkhälsan. Vanligtvis har man bredare sociala och/eller ekonomiska mål för ögonen, t.ex. att öka välfärden för hela samhället eller för vissa grupper eller att öka den ekonomiska tillväxten för att ge utrymme för en ökad välfärd.

De senaste årens forskning om sambandet mellan socialt kapital, sociala relationer och hälsa ger anledning till att involvera folkhälsoaspekten i de allmänpolitiska diskussionerna. För det första har den rent samhällsekonomiska betydelsen av folkhälsan uppmärksammats allt mer. Inte bara så att många sjuka personer i ett samhälle medför större sjukvårdsutgifter. Det bör även tas med i beräkningen att barn med nedsatt hälsa inte tillgodogör sig kunskaperna i skolan lika bra. Människor med nedsatt hälsa är dessutom mindre produktiva i sitt arbete och fungerar sämre som resurs för sina barn, föräldrar och andra närstående. Detta har stor samhällsekonomisk betydelse.

Världsbanken har lyft fram vikten av att investera i förbättrad folkhälsa som en av de mest avgörande faktorerna för en positiv global ekonomisk tillväxt.³¹ I de fattiga länderna handlar det om vaccinationer, tillgång till mat, möjligheter till god hygien och en god mödra- och barnhälsovård. I de mer ekonomiskt utvecklade länderna finns det andra bestämningsfaktorer för folkhälsan, där bl.a. betydelsen av sociala relationer alltmer lyfts fram på det sätt som framgår ovan.

Om man delar Världsbankens analys att investeringar för en förbättrad folkhälsa är ett av de mest samhällsekonomiskt lönsamma alternativen, bör konsekvenserna för folkhälsan uppmärksammas och vägas in

³¹ The World Bank. *Development Report 1993: Investing in Health*. University Press Book, 1993.

som en viktig aspekt av alla beslut som avser att påverka samhällsutvecklingen. Detta gäller generellt för alla faktorer som påverkar folkhälsan, men särskilt för socialt kapital/sociala relationer eftersom detta kanske är det enda sättet att använda kunskapen om sociala relationer och folkhälsa i ett primärpreventivt syfte. Detta just för att det saknas enhetliga samhällsstrukturer för att hantera sociala relationer som ett välavgränsat problemområde och för att det av integritetsskäl och med bevarad respekt för individen är svårt att tänka sig att påverka individers beteenden med relevans för deras sociala relationer med regler och rekommendationer.

Forskningsbehov

Forskningen då det gäller sociala relationer och hälsa har naturligt nog fått sitt fokus inom området social epidemiologi. Samtidigt bör det påpekas att den teoretiska diskussionen har hämtat viktig inspiration från flera andra vetenskapliga discipliner som statskunskap, sociologi, psykologi och ekonomi. Därför finns det ett behov av att organisera forskningen inom detta område på ett sätt som gynnar en fortsatt interdisciplinär dialog vilket fordrar tematiska satsningar från olika forskningsfinansiärer. Exempelvis genom etablerandet av ett eller flera nätverkscentra för denna typ av forskning eller genom programstöd för att utveckla lämpliga forskningsmiljöer.

Det bör understrykas att Sverige internationellt sett har mycket goda möjligheter att inta en position vid den absoluta forskningsfronten inom detta område. Detta genom tillgången till en unik infrastruktur i form av olika nationella register av hög kvalitet och i form av internationellt framstående forskargrupper inom exempelvis social epidemiologi, social demografi och välfärdsforskning.

Konkret finns det ett stort behov av att operationalisera de grundläggande komponenterna i teorin om det sociala kapitalets roll för folkhälsan för att bedöma deras hållbarhet och hur de kan utvecklas. Särskilt viktigt är behovet av att hitta modeller som tillåter en analys av strategiska s.k. naturliga experiment, dvs. en utvärdering av effekterna av olika samhällsförändringar på folkhälsan via förändringar av det sociala kapitalet.

Strategiska arenor mot vilka en sådan forskning kan riktas är arbetslivet, familjesfären, förskolan och skolan samt vård- och omsorgsområdet. I all forskning inom området sociala relationer och hälsa bör genus-, socialklass- och etnicitetsperspektivet tydliggöras.

Ett annat viktigt område för tillämpad forskning om sociala relationer och hälsa är arbetet med att ta fram instrument för att kunna värdera

effekterna av politiska beslut på folkhälsan via förändringar av det sociala kapitalet. Man söker därvid utveckla metoder som folkhälso-bokslut och hälsokonsekvensbeskrivningar.

5.2.3 Befintliga mål och strategier

Man kan lätt konstatera att det för närvarande inte finns några uttryckliga mål eller strategier för att förbättra folkhälsan via förbättrade sociala relationer i hela befolkningen eller i delar av den, även om folkhälsoprogram på regional nivå ofta talar om behovet av att skapa stödjande miljöer. Detta är ett sätt att förbättra sociala relationer för särskilt sårbara grupper eller i sårbara situationer i livet.

5.2.4 Mål och strategier

Mål

1. Segregationen i samhället skall minska

- Den etniska segregationen på arbetsmarknaden bör minska.
- Den socioekonomiska, etniska och åldersmässiga segregationen i boendet bör minska.

2. Det sociala kapitalet skall stärkas

- Anställnings-/arbetsvillkoren bör ge möjligheter till utveckling av sociala relationer i arbetet.
- För att de sociala relationerna utanför arbetet skall kunna vidmakthållas får de arbetsrelaterade kraven inte leda till en destruktiv konkurrens om tid och psykisk energi.
- Föräldrar med småbarn bör ges ökade möjligheter att reducera sin arbetstid.

3. Stödjande miljöer skall utvecklas

4. Kunskaperna om sociala relationers betydelse för förloppet av redan inträffad ohälsa skall användas bättre

- Det behövs en policy för vård av sjuka där insatser för att förbättra patienternas sociala situation uppvärderas.
- Det bör skapas organisatoriska förutsättningar i vården för en bättre social miljö för patienter och anhöriga.

Inledande synpunkter

Eftersom det sociala kapitalet finns integrerat i alla delar av samhällssystemet och därmed är närvarande på individens samtliga livsarenor, finns det teoretiskt sett en mycket stor potential för att intervensera för att förbättra denna resurs. Samtidigt innebär det att många av de fenomen som ligger bakom förändringar av förutsättningarna för det sociala kapitalet styrs av de mest kraftfulla drivkrafterna bakom hela samhällsutvecklingen, t.ex. den snabba tekniska utvecklingen, globaliseringen av de finansiella systemen, internationaliseringen av arbetsmarknaden, internationell och nationell migration, etc. Flera av dessa förändringar har berörts i kapitlen 3 och 4.

De senaste årtiondena har man i ökande grad uppmärksammat effekterna av samhällsutvecklingen på den yttre miljön (den s.k. biosfären). Detta har lett till en tilltagande insikt om en ökande störning av ekosystemet. Man skulle kunna uttrycka det som att ett ökande uttag av vårt ekologiska kapital på lång sikt innebär ett hot mot vår egen arts överlevnad. Därför måste den globala samhällsutvecklingen kunna rymmas inom de toleransramar som försäkrar ett upprätthållande av en hållbar utveckling. Kanske måste man på ett motsvarande sätt tala om det sociala kapitalets betydelse för det humanekologiska systemets hållbarhet, på den globala, nationella och lokala politiska dagordningen.

Två faktorer som har berörts i kapitel 4 har stor betydelse för folkhälsan i generell mening. Det gäller dels tendensen till växande socioekonomiska skillnader, dels en ökande segregation på etnisk grund. Båda dessa faktorer minskar förutsättningarna att utveckla optimala "horisontella" sociala relationer i ett samhälle, vilket av bl.a. Wilkinson anses vara en central del av ett samhälles sociala kapital som bestämmer nivån av tillit i hela befolkningen. Minskad tillit anses vara en viktig stressfaktor och därmed en hälsorisk. Det finns därför goda skäl att väga in folkhälsoaspekten i diskussionen om vinster och kostnader av olika interventioner mot ojämlikhet och segregation. Inte minst inom samhällets s.k. service- och tjänstesektorer har detta medfört att en allt större del av våra livssfärer är beroende av vår köpkraft – t.ex. fritidsysselsättningar, socialt umgänge och semesteraktiviteter.

Detta innebär att ekonomiskt marginaliserade grupper och individer även har dåliga förutsättningar för att upprätthålla sina sociala relationer. Detta har vi tagit upp i diskussionen om hälsokonsekvenserna av olika fördelningspolitiska överväganden i avsnitt 4.3. Samma sak förefaller relevant då det gäller arbetsmarknadspolitiska överväganden. Detta eftersom arbetslöshet är en av de viktigaste faktorerna bakom ekonomisk marginalisering och eftersom arbetet anses vara en mycket viktig arena för sociala relationer i vårt samhälle. Det är därför svårt att bortse från att en hög arbetslöshet är ett av de största hoten mot ett samhälles sociala kapital och en stark riskfaktor för en försämrad folkhälsa. Även denna problematik har vi berört i avsnitten 4.2 och 4.3. Det är därför angeläget att de ansträngningar som görs för att ge arbete åt alla får allt stöd och att försörjningssituationen för hushåll med låga inkomster förbättras.

Då det gäller barn och ungdom så bör man ytterligare uppmärksamma den viktiga roll som förskolan och skolan har genom att kunna förebygga social marginalisering under skolperioden, men även senare arbetsmarknadsmässig marginalisering på grund av bristande förmåga att klara grundläggande utbildningskrav. Med tanke på att en tidig marginalisering starkt kommer att påverka både individens och samhällets

sociala kapital och oundvikligen kommer att åsamka individen en stor psykosocial belastning och samhället mycket stora framtida kostnader, så förefaller det finnas stor anledning till ökade preventiva investeringar inom förskolan och skolan.

Detta gäller förebyggande av marginalisering i förskola och skola rent generellt, men framför allt med tanke på barn och ungdom med vissa funktionsnedsättningar, t.ex. läs- och skrivsvårigheter, beteende- och koncentrationsstörningar eller intellektuella funktionsstörningar. Dessa funktionsnedsättningar är starkt förknippade med individens förmåga till ett fungerande socialt samspel och därmed till förmågan att utveckla sociala resurser och relationer. Dessa grupper utgör en icke obetydlig andel av alla barn och ungdomar i förskolan och skolan.

Mål, strategier och aktörer

Fem mål för att stärka den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället har redovisats i kapitel 3. Dessa är: Ökade inkomstklyftor bör motverkas; minskad relativ fattigdom; långvarigt socialbidragstagande och hemlöshet måste brytas, minskad politisk marginalisering samt att frekvensen av självmord skall minska. Dessa mål har sin utgångspunkt i underlag som finns såväl i kapitlen 4 och 10 som i detta kapitel.

Segregationen i samhället skall minska

Med tanke på skillnader i förutsättningarna för sociala nätverk mellan arbetare och tjänstemän, skulle man indirekt kunna dra slutsatsen att sociala relationer (det sociala kapitalet) löper stor risk att utarmas i områden som kännetecknas av invånare med en låg utbildningsnivå där det sker en betydande utflyttning. På samma sätt kan lokalsamhällen utarmas, som domineras av lågutbildade individer som flyttat in från andra geografiska områden. Detta är en aspekt av såväl s.k. glesbygdsproblem som segregationsproblem i storstadsområdena.

Det finns i dag kunskaper om hur fysisk planering påverkar möjligheterna för människorna i ett lokalsamhälle eller i ett bostadsområde att vidmakthålla och utveckla sina sociala relationer. Hälsovinster av investeringar, genom förbättrade sociala relationer, bör uppmärksammas inför politiska beslut som rör fysisk planering av boende-service- och rekreationsmiljöer. Det kan handla om planering av sociala träffpunkter, möjligheter till sociala fritidsaktiviteter, de allmänna kommunikationsförhållandenas utformning samt även integrations-

aspekter som blandningen av olika bostadstyper, serviceutbud i närmiljön, etc.

Det sociala kapitalet skall stärkas

Även om arbetslöshet anses vara ett av de största hoten mot ett samhälles sociala kapital, så verkar det moderna arbetslivet också innehålla förhållanden som kan hota samhällets sociala kapital och därmed försämra individernas sociala relationer. Detta genom den omstrukturering av arbetsmarknad och arbetsorganisation som vi ser för närvarande i syfte att möta en ökad internationell konkurrens. Det är exempelvis rimligt att anta att korta anställningar/kontrakt leder till sämre förutsättningar att utveckla goda sociala relationer med arbetskamrater, jämfört med längre anställningar på en och samma arbetsplats. Detta har vi tagit upp i avsnitt 4.2.

Förändringar i form av "outsourcing", dvs. då man överför ansvaret för olika delar av verksamheten i den egna organisationen till andra organisationer via olika entreprenadsystem eller tillfällig inhyrning av arbetskraft, kan kanske därför vägas med både de förväntade ekonomiska vinsterna och de eventuella förlusterna av socialt kapital i vågskålen. Otvetydigt behövs mer forskning för att utröna effekterna av arbetsmarknadens förändringar på folkhälsan via förändringar av det sociala kapitalet (se också avsnitt 4.2).

Allmänt vittnas om tendenser till ökad utbrändhet, kronisk trötthet och smärta, samt ökande frekvens av diffus psykisk ohälsa bland individer i fullt arbete. Omfattningen av dessa "nya" hälsoproblem är dåligt kartlagda. Kommittén avser att utarbeta underlag om dessa nya hälsoproblem inför det kommande slutbetänkandet. En effekt av en ökad förekomst av dessa tillstånd borde dock vara en ökande sjukskrivningstendens. Detta noteras nu också inom vissa delar av arbetslivet som traditionellt ansetts som ganska fria från arbetsrelaterade riskfaktorer.

En av orsakerna till denna tendens kan relateras till förhållanden i arbetslivet, t.ex. ökad stress bland dessa arbetstagare på grund av ökade krav i arbetssituationen. Arbetsmiljöforskningen visar särskilt att emotionella krav kan ha stor betydelse i detta sammanhang.³² Detta samtidigt som många arbetstagare, även i s.k. ledande positioner, säger sig uppleva ett kraftigt minskande inflytande på sin arbetssituation. Anledningen till detta tycks vara en ökande tvekan att öppet kritisera olika

³² Kristensen TS. Some problems and challenges of the JCQ psychosocial demand scale. Presentation at the *First International ICOH Conference on Psychosocial Factors at work*. Copenhagen, 24–26 August, 1998.

arbetsrelaterade missförhållanden inför ett upplevt hot att riskera mista sitt arbete inför nästa omorganisation av arbetsplatsen, då man framstår som en "besvärlig" individ.³³

En kanske mindre känd sida av dessa fenomen i arbetslivet är effekterna på individens förmåga att upprätthålla sina sociala relationer utanför arbetet. Preliminära forskningsrapporter tyder dock på ett samband mellan stress i arbetet och dåliga sociala nätverksresurser och ett dåligt socialt stöd i privatlivet.³⁴

I detta perspektiv bör även potentiella hälsovinster av reformer av arbetsrätten och arbetstidslagstiftningen vägas in i kalkylen. Detta gäller kanske i synnerhet förvärvsarbetande individer med hemmavarande barn, också därför att föräldrarna representerar den viktigaste delen av barnens sociala kapital under de första levnadsåren.

Föreningslivet och folkrörelserna är, som vi har framhållit i avsnitt 5.2.1, viktiga delar av det sociala kapitalet i samhället. Även föreningslivet behöver stärkas. Vi avser att återkomma till detta i slutbetänkandet. Under nästa rubrik berör vi föreningslivet med anknytning till begreppet stödjande miljöer.

Stödjande miljöer skall utvecklas

Socialt deltagande anses vara en av de viktigaste komponenterna av det sociala kapitalet. Detta är intressant med tanke på begreppet stödjande miljöer som är ett viktigt medel i folkhälsoarbetet. En välfungerande stödjande miljö förutsätter ett brett socialt deltagande och därmed ett bra socialt kapital.

Ett exempel på detta är när ett brett deltagande i föreningslivet i ett samhälle kan göras till en bas för folkhälsoarbetet genom folkbildning, diskussioner om prioriteringar eller genom att skapa stödjande miljöer för hälsopolitiskt utsatta grupper. Detta kan gälla idrottsföreningar, kulturföreningar eller invandrarorganisationer som i sin verksamhet involverar ungdomar i riskzonen för social marginalisering, pensionärs-sammanslutningar som skapar goda sociala nätverk, fackföreningar som tar sig an hälsofrågorna på arbetsplatsen eller föräldraföreningar som engagerar sig i syfte att skapa stödjande miljöer i anslutning till skolverksamheten.

Av dessa exempel är det uppenbart att en social miljö med ett rikt socialt kapital i form av ett aktivt och differentierat föreningsliv har de bästa förutsättningarna för att både utgöra och skapa stödjande miljöer i

³³ Se not 4.

³⁴ Se not 26.

hälsofrämjande syfte. Emellertid har en jämlik fördelning av det sociala kapitalet betydelse i detta sammanhang. Det finns exempel på hur interventioner på lokalsamhällenivå, som gjorts i syfte att skapa stödjande miljöer, bara har lyckats med detta i de segment av detta lokalsamhälle som redan hade en utvecklad föreningsstruktur och ett stort deltagande, dvs. ett rikt socialt kapital.³⁵ De segment i samma lokalsamhälle som hade ett svagt socialt kapital kom däremot nästan helt att hamna i periferin av de stödjande miljöer som skapades av interventionen. Detta ledde till en tydlig social ojämlikhet då det gällde räckvidden av den information och attitydpåverkan som var de medel med vilka man avsåg att påverka folkhälsan i området.³⁶ Slutsatsen blir att utvecklandet av välfungerande stödjande miljöer måste bygga på ett befintligt socialt kapital, t.ex. ett fungerande föreningsliv. I annat fall måste man börja med att utveckla sådana strukturer. Det är också viktigt att ta hänsyn till den sociala jämlikhetsaspekten i detta avseende.

Kunskaperna om sociala relationers betydelse för förloppet av redan inträffad ohälsa skall användas bättre

Förmågan att upprätthålla goda sociala relationer påverkas givetvis också av individens hälsotillstånd. Därför måste det vara en viktig generell princip att bryta en potentiellt ond cirkel av ohälsa – försämrade sociala relationer – ytterligare försämrad hälsa, etc.

Rent vetenskapligt är det väl belagt att även måttliga investeringar i det sociala kapital som är viktigt för patienter ger betydande hälsovinster i form av såväl förbättrade rehabiliteringsresultat som en minskad risk för återinsjuknande.³⁷ Trots dessa belägg tycks systematiska insatser för att förbättra den sociala situationen bland patienter, lysa med sin frånvaro i flera av de stora sjukdomsgrupperna. Här bör måttliga investeringar i patienternas sociala kapital kunna ge bättre hälsa åt individen och inbespara betydande förväntade kostnader för sjukvården.

³⁵ Lindbladh E, Hanson BS. Community-based prevention and health equity aim – a problematic match? An evaluation of the Kirseberg Community Action Project. *International Quarterly of Community Health Education* 14:221–235, 1994.

³⁶ Göransson M, Hanson BS, Lindbladh E, Östergren P-O. Using socio-economic differences in knowledge and attitudes to shape community alcohol programmes: experiences from the Kirseberg Project. *Health Promotion International* 1996; 11: 95–103.

³⁷ Östergren P-O. Sociala relationer och social miljö i ett preventivt perspektiv. I: Orth-Gomér K, Perski A (red): *Preventiv medicin i teori och praktik*, Studentlitteratur, Lund 1999.

För detta krävs en generell policy för hälso- och sjukvården där det tydligt framgår att man erkänner att insatser för att förbättra patienternas sociala situation kan vara lika viktiga som andra behandlingsalternativ. Vidare bör det framgå att ett åsidosättande av denna typ av insatser starkt strider mot grundläggande professionella och etiska normer. Det finns redan ett flertal interventionsmodeller som prövats framgångsrikt och som genomgått en stringent utvärdering och konstaterats vara effektiva.³⁸ Det gäller t.ex. insatser för att skapa sociala nätverk för patienter och anhöriga. Dessutom behövs insatser för att öka möjligheterna till professionellt stöd till såväl patienter som anhöriga i krisituationer som uppkommit direkt eller indirekt på grund av patientens försämrade hälsa.

Det kan nämnas att kommittén har tillsatt en särskild arbetsgrupp med uppdrag att belysa funktionshinderades hälsosituation.

5.3 Avslutande bedömning

I kapitlet har de vetenskapliga sambanden mellan människors sociala relationer och biologiska reaktioner redovisats. Under de senaste årtiondena har den s.k. stress-sjukdomshypotesen blivit den huvudsakliga teori som kommit att anknyta det sociala systemet med det biologiska. Förändringar i människors sociala miljö påverkar i grunden balansen i samspelet mellan en rad olika fysiologiska system, t.ex. mekanismerna som styr blodtryck, blodsockeromsättning, smärtuppfattning och immunförsvar. När sociala relationer förändras på makronivån i form av det sociala kittet i samhället, på organisationsnivån genom de sociala band som finns mellan människor och på individnivån i relationerna mellan familjemedlemmar, bekanta osv, påverkas människors hälsa.

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

³⁸ Se not 35.

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.

6 Miljöfaktorer

6.1 Inledning

I detta kapitel ingår avsnitt om inomhusmiljö och yttre miljö. Gemensamt för dessa är att de beskriver några av de viktigaste fysiska faktorerna i miljön som har betydelse för folkhälsan. Skyddet av människors hälsa mot hälsorisker i miljön är en viktig förutsättning för en god folkhälsa. 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 besvärsreaktioner som försämrar livskvaliteten. Buller ger upphov till besvärsreaktioner hos en stor del av Sveriges befolkning och studier har visat att buller är en riskfaktor för högt blodtryck. I ett historiskt perspektiv har åtgärder mot hälsorisker i miljön haft en mycket stor betydelse för folkhälsan i landet och fortfarande orsakar vår fysiska miljö sjuklighet och besvär i en omfattning som kvantitativt är otillfredsställande hög. Det finns också kopplingar mellan sjuklighet orsakad av exponering för hälsorisker i miljön och sociala faktorer. Tobaksrökning och exponering för höga radonhalter ökar kraftigt risken för lungcancer. Tobaksrök är också en av de faktorer som kan orsaka astmabesvär hos barn.

En mångfald miljöfaktorer är av betydelse för hälsan. Det har varit nödvändigt att göra prioriteringar så att enbart några av de för folkhälsan mest betydelsefulla beskrivs i detta kapitel. I valet av de faktorer som beskrivits har de prioriteringar som gjorts i Miljöhälsoutredningens betänkande Miljö för en hållbar hälsoutveckling (SOU 1996:124) varit vägledande.

6.2 Inomhusmiljö

6.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Det svenska bostadsbeståndet har i allmänhet en hög standard. Under de senaste decennierna har dock frågor om bristande inomhusklimat och bristande luftkvalitet i icke-industriella inomhusmiljöer fått ökad aktualitet. Ny byggteknik och introduktion av nya byggmaterial, den snabba byggprocessen, felaktigt energisparande, bristande underhåll och skötsel av byggnader är faktorer som kan vara en orsak till att hälsorisker i inomhusmiljöer uppstår.

Socioekonomiska skillnader i exponering

Nationella folkhälsokommittén har sökt belysa i vilken utsträckning miljöexponeringar skiljer sig mellan socialgrupper. Bearbetningar av två undersökningar inom Stockholms län har gjorts vid Miljömedicinska enheten vid Stockholms läns landsting. En av dessa – en enkät till 15 000 invånare i Stockholms län i åldrarna 19–80 år – gjordes år 1997 för att uppskatta utbredningen av exponering för ogynnsamma faktorer i miljön. Frågor ställdes om utbildningsnivå för att klassificera socioekonomisk grupp. Resultatet visar att personer i lägre socioekonomiska grupper är mer exponerade för skadliga miljöfaktorer som t.ex. passiv rökning och trafikbuller än personer med högre socioekonomisk position. Den andra undersökningen granskade allergiutvecklingen hos barn födda i de centrala och norra delarna av Stockholm.¹ Den visar att andelen kvinnor som rökte under graviditeten var betydligt lägre i den högsta utbildningsgruppen. Motsvarande skillnader sågs även för rökande föräldrar. Husdjursinnehav var också relaterat till socialgrupp, med lägre andel hund- och kattägare i gruppen med den högsta utbildningsnivån. En undersökning från Botkyrka kommun visar att pälsdjursinnehav är vanligare bland familjer med ursprung i länder i västvärlden jämfört med familjer från andra länder. Nivåerna av kattallergen var därför inte oväntat högre på svenskdominerade än på invandradominerade barnstugor, där de senare låg nära nivåerna för allergianpassade barnstugor.

¹ Projektet BAMSE, Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting.

Förekomst av riskfaktorer i inomhusmiljö

I inomhusmiljöer förekommer en mängd olika faktorer som kan påverka hälsa och välbefinnande negativt. Miljöhälsoutredningen har prioriterat radon, bristfällig ventilation och fuktiga byggnader samt passiv rökning som de faktorer som har störst betydelse från folkhälsosynpunkt.

Radon

Radon är en radioaktiv gas som kommer från marken och från vissa byggnadsmaterial. Radongashalterna har ökat i bostäderna under de senaste decennierna som en följd av att luftomsättningen minskat när husen har tätats för att spara energi. År 1993 uppskattades att radonhalten i 70 000–120 000 småhus och i 20 000–80 000 lägenheter ligger över Socialstyrelsens riktvärde (400 Bq/m³ luft).² Det uppskattades att av dessa har 35 000 hus spårats och 15 000 åtgärdats. Sedan år 1993 har naturligtvis ytterligare hus spårats och åtgärdats, men långt ifrån i en omfattning som är tillfredsställande.

Ventilation och fukt

Generellt sett har luftomsättningen i våra bostäder minskat på grund av att hus har tätats för att spara energi. Hälften av skolorna, förskolorna och lägenheterna i flerbostadshus bedömdes ha en ventilation som inte uppfyller Boverkets och Socialstyrelsens normer. I fyra av fem småhus uppfylls inte ventilationsnormerna. Cirka 10 procent av bostadsbeståndet bedöms ha fuktskador som omgående borde åtgärdas. Bristfällig ventilation är den viktigaste riskfaktorn för uppkomst av fuktiga byggnader. Fukt gynnar tillväxt av mögel och andra mikroorganismer samt ökar förekomsten av husdammskvalster.

Passiv rökning

Enligt en undersökning som genomförts av Miljömedicinska enheten vid Stockholms läns landsting exponeras ca 20 procent av Stockholms läns invånare dagligen för passiv rökning.³ Även om detta är en otillfredsställande hög siffra kan det konstateras att den visar på en kraftig

² Statens institut för byggnadsforskning, rapport TN:30, 1993.

³ Stockholms läns landsting, *Miljöhälsorapport 1998*.

minskning jämfört med motsvarande undersökning i Stockholms län fem år tidigare.

Effekter på hälsan för individ och befolkning

De sjukdomar och besvär som är aktuella till följd av exponering för dessa faktorer är främst astma och andra luftvägsbesvär (tobaksrök, fukt, dålig ventilation), lungcancer (radon, passiv rökning), hjärt- och kärlsjukdom (passiv rökning) samt allmänna symtom till följd av bristfälligt inomhusklimat. Cirka 400 000–500 000 svenskar upplever sig vara så besvärade av inomhusklimatet att de får symtom.⁴ En förklaring till så kallade sjuka-hus-symtom kan vara förhöjda halter av vissa kemiska ämnen i inomhusluften samt fuktiga och dåligt ventilerade byggnader. Symtomen hos de som påverkas är irritation från ögon, näsa, svalg och de nedre luftvägarna, hudreaktioner, överkänslighet, trötthet, huvudvärk, illamående och yrsel.

Radon

Radon förorsakar lungcancer och risken ökar påtagligt i kombination med rökning. Radonhalterna i svenska bostäder beräknas kunna ge upphov till 400–900 fall av lungcancer årligen.⁵ Den genomsnittliga stråldosen för Sveriges befolkning till följd av radon i bostäder (2 millisievert per år) innebär en cancerrisk som är avsevärt större än vad som accepteras i andra strålskyddssammanhang.

Ventilation och fukt

Ventilationen är kanske den faktor i inomhusmiljön som har störst betydelse för hälsa och välbefinnande. Med ventilation späder man ut och för bort radon, tobaksrök, kemikalier från byggmaterial, fukt etc. Eftersom vi fortfarande har stora kunskapsluckor kring hälsoeffekter beträffande de flesta av det hundratals kemiska ämnen som kan påvisas i inomhusluft är en god ventilation en försiktighetsåtgärd för ett hälsosamt inomhusklimat. Åtgärder mot bristfällig ventilation framstår därför som mycket angelägna från folkhälsosynpunkt.

⁴ Statens institut för byggnadsforskning, rapport TN:30, 1993.

⁵ SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Förslag till nationellt handlingsprogram*. Betänkande av Miljöhälsoutredningen. Stockholm 1996.

I flera studier har man påvisat samband mellan fuktiga byggnader och förekomst av luftvägsbesvär i form av inflammation/ irritation, överkänslighetsreaktioner, allergi m.m.⁶ Indikatorer på förekomst av fukt i byggnader är kondens på insidan av fönster, fuktfläckar, synligt mögel, mögellukt, förekomst av silverfiskar eller känt vattenläckage.

Kvalsterallergi är ett stort globalt problem som nu ökar i Sverige. Ungefär 2–3 procent av barnen och ca 1 procent av vuxna är i dag kvalsterallergiker.

Fuktiga byggnader är en av de faktorer som diskuteras i samband med ökningen av förekomsten av barnastma. Förekomsten av astma-besvär bland barn är 6–8 procent och det har uppskattats att ungefär hälften av förekomsten kan förklaras med faktorer i inomhusmiljön, främst exponering för tobaksrök, pälsdjur samt bristfällig ventilation.⁷

Passiv rökning

Den från hälsosynpunkt mest betydande luftföroreningen i inomhusluft är miljötobaksrök, som orsakar så kallad passiv rökning. I röken finns flera tusen olika ämnen, varav många är kända som potent hälsofarliga. Bland annat finns i tobaksröken formaldehyd, bensen, kolmonoxid och ett stort antal olika kolväten. Mer än 40 olika ämnen i tobaksrök har påvisats ha cancerframkallande effekter.

Barn som utsätts för passiv rökning får fler luftvägsinfektioner (lunginflammation och bronkit) och astma och behöver oftare sjukvård än barn som inte exponeras.⁸ Hos barn, främst spädbarn, som utsätts för passiv rökning kan man oftare notera en pipande/väsande andning. Exponering för tobaksrök är den viktigaste faktorn som skiljer barn som utvecklats astma från de barn som slutar få attacker av pipande/väsande

⁶ Andrae S m.fl. Symptoms of bronchial hyperreactivity and asthma in relation to environmental factors. *Arch Dis Child* 63:473–478, 1988. Brunekreef B m.fl. Home dampness and respiratory morbidity in children. *Am Rev Respir Dis* 140:1363–1367, 1989. Wickman M m.fl. House dust mite sensitization in children and residential characteristics in a temperate region. *J Allergy Clin Immunol* 88:89–95, 1991. Dales m.fl. Respiratory health effects of home dampness and mold among children. *American Journal of Epidemiology* 134:196–203, 1991.

⁷ SOU 1996:124. A.a.

⁸ Law M R, Hackshaw A K, Environmental tobacco smoke. Tobacco and Health. *British Medical Bulletin* 52, No.1, 1996.

andning före fem års ålder. Det har uppskattats att 20–30 procent av astma hos barn beror på exponering för tobaksrök.⁹

Orsakssamband mellan passiv rökning och lungcancer har påvisats i flera olika undersökningar. Risken för lungcancer beräknas öka med ca 20 procent hos en icke-rökare som utsätts för passiv rökning. Vidare anses passiv rökning ha ett samband med hjärt- och kärlsjukdom även om mekanismerna här är mindre kända än när det gäller samband med cancer. Det kan uppskattas att ca 500 personer dör varje år i Sverige på grund av passiv rökning.

6.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Radon

Radongashalterna har ökat i bostäderna under de senaste decennierna som en följd av att luftomsättningen minskat när husen har tätats för att spara energi. Ett omfattande arbete bedrivs för att spåra radon genom mätning samt att informera om dess effekter och om lämpliga åtgärder. Socialstyrelsen har beslutat om gränsvärde för radon och i Boverkets byggregler finns bestämmelser om radon vid nybyggnad. Egnahemsägare har möjlighet att få bidrag till hälften av kostnaderna, dock högst 15 000 kronor, för sanering via bidrag från Boverket.

Trots att hälsoriskerna med radon är väl belysta¹⁰ och trots att det finns bra teknik för åtgärder samt möjligheter till bidrag för hälften av kostnaden, så har fastighetsägarnas intresse för åtgärder mot radon varit relativt lågt. Detta kan bero på att informationen inte har nått fram. En generell ovilja att se sitt hem som en hälsorisk kan också spela en roll. Det kan därvid vara svårt att få människor att ta till sig information om en hälsorisk där den akuta risken för individen är relativt liten och där risken för skada uppstår först på lång sikt. Vidare kan oro över att värdet på den egna fastigheten skall påverkas negativt ha betydelse. Kostnaderna för åtgärder kan vara avskräckande, trots att bidragsmöjligheter finns.

⁹ Rylander E m.fl. Parental smoking and other risk factors for wheezing bronchitis in children. *Eur J Epidemiol* 9:517–526, 1993.

¹⁰ Pershagen G m.fl. Radon i bostäder och lungcancer. Rökning ger mer än additiv riskökning. *Läkartidningen*, 91, 4628–4632, 1994. Pershagen G m.fl. Radon i bostäder och lungcancer En landsomfattande epidemiologisk studie. *IMM-rapport nr 2/93*, Institutet för miljömedicin, 1993.

Det finns i radonsammanhang likväl som i många andra sammanhang en konflikt mellan vad som av den enskilde prioriteras på kort sikt respektive på lång sikt. På lång sikt är åtgärder mot radon meningsfulla för den enskilde fastighetsägaren. Man kan minska risken för cancer för sig själv och sin familj. På kort sikt kan fastighetsägaren finna andra mer akuta behov som prioriteras.

Merparten av de hus där radon är ett problem utgörs av egnahem. I egnahem bedömer tillsynsmyndigheterna vanligtvis att det är oskäligt att ingripa med föreläggande med stöd av lagstiftning. I hyreslägenheter däremot är situationen annorlunda. Om hyresvärden inte frivilligt vidtar åtgärder ställs krav på åtgärder med stöd av lag. I egna hem måste man vanligtvis agera med hjälp av information och opinionsbildning för att öka egnahemsägarnas eget intresse för att sänka radonhalterna.

Självklart är radonsanering också en ekonomisk fråga. Kostnaderna för tekniska installationer är i genomsnitt 16 000 kronor per fastighet. Totalt skulle det kosta ca 3 miljarder kronor att åtgärda alla hus som har radonhalter som överstiger Socialstyrelsens riktvärde (400 Bq/m³ luft).

Ventilation och fukt

Tillförseln av frisk luft till bostäder har i genomsnitt försämrats påtagligt i samband med energisparåtgärder. Det gäller särskilt där hus har tätats och där samtidigt ventilationen inte har anpassats. Den obligatoriska ventilationskontrollen (OVK) infördes år 1992. Denna gäller i samtliga byggnader utom småhus med enbart självdrag. OVK efterlevs dåligt enligt en uppföljning av Boverket år 1996. Den visar att många ventilationssystem har brister, ofta på grund av dåligt underhåll. Från hälsosynpunkt är det angeläget att efterlevnaden av den obligatoriska ventilationskontrollen ökar.

Det finns en målkonflikt mellan att öka ventilationen och att spara energi. Om ventilationen i Sveriges bostäder i småhus och flerfamiljshus skulle förbättras upp till Boverkets och Socialstyrelsens normer enligt bygglagstiftningen och miljöbalken (båda myndigheterna anger 0,35 liter per sekund och kvadratmeter golvarea, motsvarande 0,5 luftomsättningar per timme) så krävs enligt beräkningar utförda år 1996 ett energitillskott på ca 6 Twh om inte en ökning av energiåtervinningen sker.¹¹ Installationskostnaderna för ventilationsteknik för att öka ventilationen utan energiförluster uppgår till 62 miljarder kronor. Underhållskostnaderna blir ca 3 miljarder kronor per år. Dessa kostnader är

¹¹ Norlén, Andersson m.fl, *Konsekvenser av att öka ventilationen i bostadsbeståndet*, Institutionen för byggd miljö, KTH, Gävle, 1996.

sannolikt lägre i dag på grund av att åtgärder bl.a. i samband med den obligatoriska ventilationskontrollen har inneburit förbättringar av ventilationen.

Passiv rökning

Riskerna med passiv rökning är så stora att det är väl motiverat att genomföra kraftfulla insatser för att minska exponeringen. Ett omfattande informationsarbete för att minska förekomsten av rökning bedrivs. Denna information har varit framgångsrik. Andelen rökare har minskat och en undersökning genomförd av Miljömedicinska enheten vid Stockholms läns landsting (Miljöhälsorapport 1998) visar att också exponeringen för passiv rökning i hemmen har minskat.

6.2.3 Befintliga mål och strategier

I den miljöpolitiska propositionen, Miljö för ett hållbart Sverige (prop. 1997/98:145) anges 15 övergripande miljö kvalitetsmål som vägledning för landets miljöpolitik. I direktivet till Miljömålskommittén anges att Miljöhälsoutredningens betänkande och det handlingsprogram med mål och åtgärdsinriktningar som Miljöhälsoutredningen föreslog skall beaktas i genomförandet av de 15 miljö kvalitetsmålen.

Enligt den miljöpolitiska propositionens mål för "God bebyggd miljö" skall "städer, tätorter och annan bebyggd miljö utgöra en god och hälsosam livsmiljö samt medverka till en god regional och global miljö. Människor skall inte utsättas för skadliga luftföroreningar, bullerstörningar, skadliga radonhalter eller andra oacceptabla hälso- eller säkerhetsrisker". Boverket är enligt uppdrag från regeringen ansvarig myndighet för målet om en god bebyggd miljö och Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utveckla hälsorelaterade delmål, sektorsmål och åtgärder inom alla målområden. Både Boverket och Socialstyrelsen kommer att föra fram delmål, åtgärder och strategier beträffande inomhusmiljöfrågor i miljömålsarbetet.

Boverket har av regeringen fått i uppdrag år 1995 och år 1996 att verka för ett miljöanpassat och hälsoriktigt byggande och boende. Byggekvalitetsutredningen har lagt förslag (SOU 1997:177) om åtgärder för förbättrad inomhusmiljö, vilket bereds inom regeringskansliet. Avsikten är att återkomma med förslag i en proposition om byggfrågor.

Under de senaste åren har en rad lösningar prövats inom ramen för ett ekologiskt boende. Det gäller många olika funktioner från t.ex. alternativt avloppshantering till de material och tekniker som används vid

ekologiskt byggande. Miljömedicinska enheten vid Stockholms läns landsting har nyligen på uppdrag av Socialstyrelsen utrett hälsorisker i samband med ekologiskt boende. Man anger bl.a. att ventilationen ofta är bristfällig i samband med energisparande, att återanvändning av byggnadsmaterial kan medföra risker (blåbetong och impregnerat virke) och att lokala avloppslösningar kan ge ökad risk för smittspridning samt att kompostering inomhus kan medföra hälsorisker. Det är mot denna bakgrund väsentligt att hälsoaspekter beaktas i samband med ekologiskt byggande och boende.

Inom ramen för Bygghälsorådet berörs forskningsområdet "Det sunda huset". Avsikten är att genom forskningsinsatser klarlägga skillnader mellan bostadstyper, befolkningsgrupper, geografisk belägenhet och byggnadstekniska särdrag. Krav, riktlinjer och åtgärdsförslag skall formuleras. Avsikten är också att utarbeta hjälpmedel för kvalitetssäkring.

Det är angeläget att utveckla funktionskrav för byggnader för att undvika att det byggs nya hus som förorsakar problem och för att ge stimulans till förbättringar i befintligt byggnadsbestånd. Ett exempel på ett sådant program är Stockholms stads "Energieffektiva sunda flerbostadshus" från år 1993 som innehåller förslag både för nybyggnad och ombyggnad.

Vad gäller åtgärder för bättre inomhusmiljö finns flera målkonflikter. Energisparandet genomfördes ofta genom ökad isolering och tätning på ett sådant sätt som medförde dåligt inomhusklimat. En annan typ av konflikt är att satsning på åtgärder kan leda till högre fastighetsskatt. Som exempel kan nämnas att vid konstaterat höga radonhalter gäller att taxeringsvärdet kan sänkas vilket leder till sänkt fastighetsskatt.

De lagstiftningar som står till buds för att åstadkomma en bättre inomhusmiljö är främst plan- och bygglagstiftningen och miljöbalken. Plan- och bygglagstiftningen gäller vid nybyggnad och den ställer krav på att byggnaders skick och egenskaper skall upprätthållas. I övriga fall kan bygglagstiftningen inte tillämpas. Miljöbalken började gälla den 1 januari 1999 och kan användas både i fråga om brukande av byggnad och för sådana frågor som rör byggnadsrelaterade hälsorisker som inte kan hanteras med stöd av bygglagarna. Enligt miljöbalken ligger ansvaret fullt ut på fastighetsägaren eller t.ex. lägenhetsinnehavaren när det gäller att se till att man inte orsakar olägenheter för människors hälsa.

När det gäller informations- och opinionsbildande insatser inom inomhusmiljöområdet pågår under år 1999 en stor gemensam satsning med berörda tillsynsmyndigheter, nationella institut, forskningsfinansiärer, intresseorganisationer samt branschföreträdare. Projektet heter "Inne 99" och syftar till att öka kunskaperna om hälsorisker i inom-

husmiljöer samt att öka intresset för åtgärder mot bristfälliga inomhusmiljöer.

6.2.4 Mål och strategier

Mål

1. Antalet sunda hus skall öka

- Kriterier bör utarbetas för vad som kännetecknar sunda hus.
- Funktions- och emissionskrav för byggnader och byggmaterial bör anges.
- Bristfällig ventilation, fuktiga byggnader och höga radonhalter bör åtgärdas.
- Byggmaterial som inte avger hälsofarliga ämnen bör användas.

2. Kunskaper om brister i inomhusmiljön skall öka

- Utbildning, information, opinionsbildning och forskning bör utvecklas.
- Bostäder bör miljödeklarerars.

3. Exponeringen för passiv rökning skall minska

- Information och opinionsbildning bör förstärkas.
- Tobakslagen bör skärpas och tillämpas mer kraftfullt.

Inledande synpunkter

En ökad uppmärksamhet måste riktas mot de hälsoproblem som kan uppstå i inomhusmiljöer som bostäder, skolor och förskolor och ambitionen måste öka för att förebygga och undanröja hälsorisker i vår inomhusmiljö. Miljöhälsoutredningen (SOU 1996:124) har inventerat dagens kunskap om hälsorisker i miljön, prioriterat de från folkhälsosynpunkt viktigaste frågorna samt föreslagit mål och åtgärdsinriktningar i ett handlingsprogram. De inomhusmiljöfaktorer som Miljöhälsoutredningen prioriterade var bristfällig ventilation, exponering för radon, fuktiga byggnader samt exponering för passiv rökning.

Samverkan mellan sociala faktorer, livsstilsfaktorer och faktorer i den fysiska inomhusmiljön bör uppmärksammas. Bland utbildningssvaga grupper är rökning mer vanligt förekommande än hos dem med högre utbildning. Tobaksrökning tillsammans med exponering för radon ökar

riskerna för lungcancer betydligt. Vidare är exponering för tobaksrök en av de faktorer som diskuteras i samband med den ökade förekomsten av barnastma.

För att förbättra möjligheterna för olika kategorier av boende att välja ett sunt boende bör bostäder miljödeklarerats med avseende på sådana egenskaper som kan påverka hälsan.

Ett viktigt redskap för att förebygga och undanröja hälsorisker i inomhusmiljön är tillsynen inom miljö- och hälsoskyddet. Miljöbalkens bestämmelser om hälsoskyddet i inomhusmiljöer bör fullt ut tillämpas av fastighetsägare och hyresvärdar. Tillsynsmyndigheterna bör prioritera att följa upp efterlevnaden av dessa regler. Miljöbalkens grundprincip är att det är den som bedriver verksamhet som är ansvarig för att skaffa sig kunskap om verksamhetens hälsopåverkan och för att vidta åtgärder för att förebygga och undanröja olägenheter för människors hälsa.

Det finns en risk för konflikter mellan ekologisk hållbarhet och hälsoskydd, t.ex. när det gäller omhändertagande av avfall och avlopp i bostadsområden och risken för smittspridning. Utvecklingen av ekologiskt boende och byggande måste därför ske med beaktande av hälsoskyddsaspekter.

Mål, strategier och aktörer

Antalet sunda hus skall öka

Den som för egen räkning utför eller låter utföra byggnads-, rivnings- eller markarbeten (byggherren) skall se till att arbetena utförs enligt bestämmelserna i plan- och bygglagstiftningen. Dessa bestämmelser gäller bl.a. olika tekniska egenskapskrav såsom säkerhet i händelse av brand, skydd med hänsyn till hygien, hälsa och miljö, säkerhet vid användning samt tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga. Föreskrifterna som ansluter till lagstiftningen saknar preciseringar när det gäller egenskaper som kännetecknar s.k. sunda hus. För att bygg- och fastighetsbranschen skall kunna ta ansvar för att bygga sunda hus och för att åtgärda brister i befintlig bebyggelse behöver kriterier formuleras för de egenskaper som kännetecknar sådana hus. Vårt första mål är att sunda hus bör öka i antal både i samband med ny- och ombyggnad av bostäder. Som ett av delmålen för att uppnå detta mål anser vi att kriterier för sunda hus bör utvecklas. En grundläggande inriktning för sådana kriterier är att sådant byggmaterial skall användas i första hand som inte avger hälsofarliga ämnen.

Andra delmål inom ramen för inriktningen att få till stånd sunda hus är att funktionskrav och emissionskrav bör utvecklas för byggnader och byggmaterial som i större utsträckning än i dag stimulerar till förbättringar i befintligt byggnadsbestånd och i nyproduktion. För att en tillfredsställande inomhusluftkvalitet skall kunna erhållas är det vidare angeläget att bristfällig ventilation, fuktiga byggnader samt höga radonhalter åtgärdas så att gällande normer efterlevs. Information, ekonomiska styrmedel samt tillämpning av relevanta lagars regelverk är de viktigaste verktygen för detta arbete. För att åtgärda bristande inomhusmiljöer bör därför stimulansbidrag användas för att främja åtgärder främst i barns inomhusmiljöer som skolor och förskolor. Ytterligare delmål är att byggmaterial som avger hälsofarliga ämnen inte bör användas. Radonhalter bör mot den bakgrunden redovisas vid husköp/försäljning.

Berörda myndigheter och organisationer bör utveckla program för att minska förekomsten av hälsorisker i inomhusmiljöer, såväl i samband med nybyggnation som i det befintliga byggnadsbeståndet. I ett sådant bör ingå att utveckla sådana funktionskrav och kriterier för byggnader och byggmaterial som bidrar till att exponering för hälsofarliga ämnen från byggmaterial och andra riskfaktorer som t.ex. bristfällig ventilation, fukt, buller och radon minskar.

Kunskaper om brister i inomhusmiljön skall öka

För att öka kunskaperna och viljan att förebygga och undanröja brister i inomhusmiljön, som är vårt andra mål, är det angeläget med fortsatta satsningar på information och opinionsbildning. Sådan information bör riktas till både allmänheten/boende och bygg- och fastighetsbranschen. Väl informerade och engagerade hyresgäster och fastighetsägare är en förutsättning för att goda inomhusmiljöer skall kunna skapas och bibehållas. Ett omfattande bildningsarbete och utvecklingsarbete hos byggherrar, producenter, fastighetsbolag m.fl. krävs för att öka insikten om vilka förutsättningar som behövs för att skapa och bibehålla goda inomhusmiljöer.

Vidare behövs forskning för att öka kunskaperna om hälsorisker i inomhusmiljöer samt för att öka kunskaperna om vad som kännetecknar sunda hus. Sådan forskning berör olika discipliner som medicin, kemi, teknik och beteendevetenskap.

För att förbättra möjligheterna för människor att välja ett sunt boende bör också bostäder miljödeklareras med avseende på sådana egenskaper som kan påverka hälsan. En miljödeklaration innebär i sig ett

kunskapsinstrument och kan omfatta t.ex. radonhalt, bullernivåer och ventilation.

Det är angeläget att de särskilda forsknings- och utvecklingsbehov som finns för att öka kunskaperna om hälsorisker i inomhusmiljö samt för att öka förståelsen för vad som karakteriserar friska respektive sjuka hus preciseras. Ett fortlöpande, samordnat informations- och utbildningsarbete i syfte att sprida kunskap och öka viljan att åtgärda brister bör bedrivas.

Exponeringen för passiv rökning skall minska

Tobakslagens intentioner efterlevs inte tillfredsställande i dag och alltför många exponeras för passiv rökning i olika miljöer. Förekomsten av passiv rökning bör därför minskas genom en skärpning av tobakslagen och dess tillämpning. Detta utvecklas närmare under avsnittet om Tobak i kapitel 9.2.

6.3 Yttre miljö

6.3.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Tillgången till friskt vatten, frisk luft, en från bullersynpunkt störningsfri boendemiljö och en föda som så långt det är möjligt är fri från hälsofarliga smittämnen, tungmetaller och svårnedbrytbara organiska ämnen som kan skada vår hälsa är några av de mest angelägna faktorerna att verka för i den yttre miljöns påverkan på folkhälsan.

Förekomst av riskfaktorer

Bland den stora mängd faktorer i miljön som negativt kan påverka människors hälsa har Miljöhälsoutredningen (SOU 1996:124) särskilt lyft fram riskfaktorer i vatten och luft samt buller och svårnedbrytbara ämnen i miljön.

Vatten

Tillgången till dricksvatten i Sverige är god, men det finns fortfarande en del problem med vattenkvaliteten. Mikrobiella föroreningar i dricksvatten förekommer i viss omfattning med utbrott av mag- och tarm-sjukdomar som följd. Förhöjda nitrathalter i jordbruksbygder samt radon i borrade brunnar är andra exempel på hälsorisker. Höga radonhalter finns främst i bergsborrade brunnar. Vårt dricksvatten kan också vara en bärare av olika kemiska ämnen, dels i form av föroreningar samt dels i form av naturligt förekommande ämnen som kan uppträda i förhöjda halter i t.ex. försurade områden. Cirka 1,3 miljoner glesbygdsboende och 1,2 miljoner fritidsboende personer har vatten från enskilda brunnar. Det har uppskattats att ca 25 procent av de enskilda brunnarna i glesbygdsboende har en vattenkvalitet som är otillfredsställande. De vanligaste problemen är förhöjda halter av nitrat, nitrit, mikroorganism, fluorid eller radon.¹² Under åren 1992–97 registrerades i Sverige 26 större utbrott av smittsamma sjukdomar orsakade av kommunalt vatten och 13 utbrott från enskilda brunnar. Cirka 3 000 personer rapporteras årligen insjuknade på grund av smittspridning via vatten. Mörkertalet är sannolikt stort främst när det gäller mindre utbrott och smitta från enskilda brunnar.

Luft

Tillgången till frisk luft är en väsentlig naturresurs som är av stor betydelse för folkhälsan. Miljöhälsoutredningen betonade att de två stora globala miljöhoten är utsläppen av koldioxid från förbränning av fossila bränslen, som ger upphov till växthuseffekten, och utsläppen av främst freoner, som påskyndar uttunnningen av det skyddande ozonskiktet. Hälsoriskerna med luftföroreningar är dock i högsta grad ett tätortsproblem med många lokala källor som trafiken, energiförsörjning, uppvärmning och industriell verksamhet. Vedeldning är en annan viktig källa till hälsofarliga föroreningar i luften. Kvävedioxid, ozon, partiklar och olika cancerframkallande kolväten är föroreningar i utomhusluften som Miljöhälsoutredningen lyfte fram som de mest betydelsefulla.

Ozon bildas i storskaliga atmosfäriska processer från kväveoxider och kolväten och halterna i vårt land härrör till största delen från utländska källor. Förhöjda ozonhalter är inte ett utpräglat storstadsproblem. Höga halter uppmäts i samband med att förorenad luft från kontinenten driver in över Sverige. Skördeskador till följd av ozon-

¹² SOU 1995:45. *Grundvattenskydd*. Betänkande av Grundvattenutredningen. Stockholm 1995.

påverkan på växtligheten är en välkänd effekt främst i södra Sverige. Ozonbildningen är mest utbredd under sommarhalvåret till följd av högre solstrålning.

Partiklar är en annan orsak till luftvägsbesvär. Partiklar finns i luften och har till stor del bildats genom förbränningsprocesser och mekaniska processer. Partiklarna kan vara bärare av farliga ämnen.

Cancerframkallande luftföroreningar, främst olika former av kolväten, bildas vid förbränning och utsläppen blir högre ju sämre förbränningseffektiviteten är. De största källorna till utsläpp av cancerframkallande luftföroreningar är vedförbränning och dieselburen vägtrafik inklusive arbetsmaskiner. I vissa delar av Norrland kommer stora delar av de skadliga luftföroreningarna från vedeldning. Man räknar med att en fjärdedel av Sveriges samlade utsläpp av flyktiga organiska ämnen (VOC) kommer från vedeldning. Utsläpp från vedeldning bidrar också till att marknära ozon bildas.

Det marknära ozonet har i genomsnitt ökat med ca 10 procent i Europa under de senaste 10 åren. De halter av kvävedioxid och ozon där hälsoeffekter har påvisats överskrider periodvis och halterna av vissa cancerframkallande kolväten ligger över de medicinska riktvärdesnivåer som föreslagits av Institutet för miljömedicin.

Buller

De största källorna till bullerstörningar är trafiken, störande grannar och buller från olika tekniska installationer i byggnader som t.ex. fläktmotorer och ventilationssystem.

Naturvårdsverket beräknar att ungefär 1,5 miljoner människor i landet utsätts för bullernivåer från trafiken utanför sin bostad som överstiger 55 dBA, vilket är det långsiktiga målet för buller utomhus. Andelen exponerade över denna nivå har tidigare varit större, men tack vare olika bullersaneringsåtgärder och placering av stora genomfartsleder utanför tätorterna har andelen minskat.

Buller från restauranger och nattklubbar och buller från verkstäder, industrier och byggarbetsplatser ger upphov till betydande störningar. Kontinuerligt lågfrekvent ljud från verksamheter utanför bostaden kan också utgöra ett problem i boendemiljön. Höga ljudnivåer för besökare av t.ex. konserter och diskotek kan leda till skador på hörseln. Buller är också en stor arbetsmiljöfråga.

Svårnedbrytbara ämnen

Metaller sprids i miljön huvudsakligen genom produkter och varor där de ingår, eller som en följd av försurning av mark och vatten. Metylkvicksilverhalterna i fet ostkustfisk och i insjöfisk, främst gädda, gös, lake, abborre och ål är så höga att gravida eller ammande kvinnor samt kvinnor som planerar att snart skaffa barn helt bör avstå från att äta dessa fiskarter. Trenden är att situationen har förvärrats på grund av den pågående försurningen. Miljöhälsoutredningen uppskattade att mindre än 5 procent av landets befolkning äter insjöfisk en gång i veckan eller oftare. Om kvicksilverhalterna är höga i den fisk som denna grupp konsumerar är säkerhetsmarginalerna små avseende fosterskador. Kadmiumhalterna i svenskt spannmål är höga och ligger nära de nivåer där hälsoeffekter kan uppstå.

Trots erfarenheterna av de miljö- och hälsorisker som klorerade och bromerade föreningar för med sig, har man i allt större utsträckning börjat framställa och använda bromerade föreningar som flamskyddsmedel i t.ex. textilier och elektronisk utrustning. Man kan uppskatta att det finns ca 1/2 kg av dessa i varje hem, bl.a. på grund av det ökande antalet hemdatorer. Den trend man nu kan se, att förekomsten av bromerade flamskyddsmedel ökar i bröstmjölk, är mycket allvarlig.

Effekter på hälsan för individ och befolkning*Vatten*

Mag- och tarmsjukdomar kan orsakas av bl.a. bakterier, virus eller parasiter. Dessa kan spridas via avloppsvattnet. Under åren 1992–97 registrerades i Sverige 26 större utbrott av smittsamma sjukdomar orsakade av kommunalt vatten och 13 utbrott från enskilda brunnar.

Ett flertal studier, både svenska och utländska, har undersökt vattenkvalitetens betydelse för förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar. Mycket talar i dag för att hårt vatten är en skyddsfaktor mot hjärt- och kärlsjukdom. Hårt vatten innehåller större mängder kalcium och magnesium än mjukt vatten. Vatten i de södra och östra delarna av Sverige tenderar att ha en högre hårdhetsgrad än övriga områden. Miljöhälsoutredningen beräknar att ca 35–55 procent bor i områden med mjukt vatten. Kalcium eller magnesium bidrar till 95 procent av vattnets hårdhetsgrad. I Umeå höjdes magnesiumhalten i dricksvattnet i början av 1980-talet från 1 mg/l till 7 mg/l. Hjärtinfarktsdödligheten hos yngre män i Umeå minskade markant under 1980-talet jämfört med en kontrollgrupp i Stockholm, som haft oförändrad vattenkvalitet. Detta

skulle kunna tala för att magnesium kan skydda mot för tidig död i hjärtinfarkt.

Radon i vatten har tidigare främst ansetts vara en hälsorisk då det ger tillskott till radonhalten i bostadens inomhusluft vilket är en riskfaktor för lungcancer. Enligt nya bedömningar kan även förtäring av radonhaltigt vatten vara en hälsorisk. Enligt beräkningar av Statens strålskyddsinstitut orsakar radon i dricksvatten 35–75 cancerfall per år i Sverige. De flesta av dessa är lungcancerfall som orsakas av inandning av radon från det radonhaltiga vattnet. Förtäring beräknas ge upphov till 10–20 fall av cancer i mag-tarmkanalen.

Luft

De viktigaste riskfaktorerna för påverkan på luftvägarna är kvävedioxid, ozon och partiklar. Kvävedioxid är den kväveoxid som har störst betydelse från hälsosynpunkt. De mest utsatta grupperna är boende i tätorter, särskilt storstäder. Känsliga grupper är bl.a. barn och astmatiker. Lungan och luftvägarna har en stor kontaktyta (ca 100 kvm) mot omgivningen och därför är lungorna ett kritiskt organ för miljörelaterad sjuklighet. Hos personer med små luftvägar, såsom barn, fastnar därför partiklar i luftvägarna.

En effekt som uppträdde vid låg exponering var akut ökad luftvägsreaktion. För astmatiker och för barn kan upprepad exponering vara särskilt ogynnsam. I en svensk studie som omfattade 43 tätorter fanns ett samband mellan rapporterade symtom från luftvägarna hos känsliga personer och dagliga variationer i kvävedioxidhalten.¹³ Personer med allergisk astma löper en ökad risk för att få mer besvär i tätort och i trafikmiljö jämfört med vistelse i renare luft.¹⁴

Grupper som är särskilt känsliga är personer med luftvägssjukdomar, astmatiker och barn. Nedsatt lungfunktion hos barn och vuxna har kunnat relateras till partikelkoncentration. I områden med omfattande småskalig vedeldning finns problem som är relaterade till partiklar. Det gäller också i områden med mycket dieseltrafik, såsom t.ex. vid

¹³ Forsberg B m.fl. *Luftföroreningar i svensk urban miljö 2. Känsliga personers luftvägssymtom i relation till dygnsmedelvärden för kvävedioxid, svaveldioxid, sot, temperatur och luftfuktighet*. Institutionen för miljö- och hälsoskydd, Umeå Universitet 1992.

¹⁴ Strand V m.fl. Repeated exposure to NO₂ and low dose of allergens enhances the late asthmatic reaction. *Eur Respir Soc, annual meeting 8–11 sept 1996*. Strand V m.fl. Effects of NO₂ exposure on immediate and late response to inhaled allergens in subjects with asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149: A 154.

färjeterminaler. I flera studier har man funnit att dagliga variationer i partikelkoncentration i utomhusluften är relaterade till en ökad dödlighet under samma dag eller efterföljande dagar. Vidare har samband hittats hos främst astmatiska barn mellan årsmedelvärden av inandningsbara partiklar och förekomst av bronkit och kronisk hosta.¹⁵ Luftföroreningarna i landets tätorter uppskattas orsaka ca 100 lungcancerfall per år.

Buller

Buller är kanske den miljöfaktor som berör störst antal människor. Bullerstörningar, t.ex. störd sömn och störd rekreation, kan påtagligt försämra livskvaliteten. Utifrån resultat från flera olika besvärstudier uppskattas ungefär 5–10 procent av landets befolkning vara mycket störda av trafiken och ungefär 2–6 procent vara mycket störda av buller från grannar.

När människor utsätts för buller är den vanligaste reaktionen en känsla av obehag. Buller kan orsaka bl.a. stressreaktioner, trötthet, irritation, blodtrycksförändringar, sömnstörningar och hörselskador. Särskilt störande är sådant ljud som man inte kan påverka, t.ex. ljud från grannar eller trafik. Karaktären på ljudet har betydelse för hur vi uppfattar en bullerstörning. Flera studier av yrkesmässigt exponerande tyder på att buller kan vara en riskfaktor för högt blodtryck. En undersökning som genomförts av Miljömedicinska enheten vid Stockholms läns landsting visar att de som bodde närmast flygplatsen Arlanda, med bullernivåer över 55 dBA, oftare än andra rapporterade läkardiagnostiserat högt blodtryck.

Svårnedbrytbara ämnen

En potentiell risk för hälsan, t.ex. genom påverkan på immunförsvar och hormonsystem, reproduktionsstörningar, njurskador, skador på nervsystem och cancer, är upplagringen av svårnedbrytbara ämnen i miljön och i människokroppen. Det kan handla om tungmetaller som kadmium och kvicksilver samt olika klorerade eller bromerade organiska ämnen. Några tydliga effekter på svenska folkets hälsa som en följd av exponering för dessa ämnen kan i dag i praktiken inte ses men vi ligger mycket nära de nivåer där hälsoeffekter befaras kunna uppstå och de potentiella effekterna är mycket allvarliga.

¹⁵ Camner P m.fl. *Partiklar i omgivningsluften – Hälsoeffekter*. Naturvårdsverkets Rapport 4016, 1992.

De metaller som förknippas med hälsorisker är främst tungmetallerna kvicksilver, kadmium och bly. De stabila organiska ämnen som från hälsosynpunkt främst har tilldragit sig intresse har varit PCB, dioxiner, bromerade flamskyddsmedel och ftalater (en grupp av ämnen som används som mjukgörare i plaster). Ett stort antal andra, främst olika klorerade organiska ämnen, är också av intresse som potentiellt hälsofarliga.

Cancer, påverkan på immunförsvaret samt reproduktionsstörningar är kritiska hälsoeffekter till följd av exponering för klorerade organiska miljögifter. Akuta förgiftningssymptom kan uppkomma. Vissa organiska miljögifter har uppvisat hormonliknande egenskaper. I en undersökning på västkusten i Sverige av det utgående vattenflödet från ett reningsverk som huvudsakligen tar emot hushållsavlopp har en typ av syntetiskt östrogen påvisats i mängder som är 45 gånger högre än vad som tidigare visat sig behövas för att få östrogena effekter på fisk.

Särskilt känsliga för exponering av svårnedbrytbara ämnen är foster och barn. Kustbefolkning och fiskarfamiljer som äter mycket fisk är en speciell riskgrupp på grund av att ämnena ackumuleras i näringskedjan hos fisk, speciellt fet fisk. Familjer som har mycket vilt i kosten kan också bli utsatta på grund av att dessa ämnen ackumuleras i viltet, speciellt i inälvor. Människor som är bosatta i anslutning till deponier och industriella föroreningskällor kan också drabbas av lokal ackumulering eller effekter av läckage.

6.3.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Vatten

Åtgärder beträffande vattenförsörjning, avlopp och renhållning har historiskt varit av mycket stor betydelse för svenska folkets hälsa. Rent vatten var länge ett problem både på landsbygden och i städerna med stora risker för förorening från avlopp och förorenande verksamheter. I Sverige gjorde utvecklingen av vattenledningar och avloppssystem underverk för hälsoläget, främst i städerna. Under 1800-talet och senare har djupborrade brunnar lett till minskade risker för förorenat grundvatten både i städernas vattenverk och på landsbygden. Sverige har en väl utbyggd kommunal vattenförsörjning och ungefär hälften av de kommunala vattentäkterna är skyddade inom särskilda skyddsområden. Det kommunala vattnet genomgår en noggrann kontroll enligt de krav som fastställts av Livsmedelsverket.

Enskilda brunnar har inte samma kontroll och rening som det kommunala vattnet. Försurad nederbörd påverkar sjöarnas och grundvattnets

kemiska sammansättning och kan därmed ge upphov till förhöjda halter av skadliga metaller. Markanvändning för jordbruk, skogsbruk och tätbebyggelse kan leda till föroreningar i form av bakterier, kväveföroreningar, oljespill och bekämpningsmedelsrester.

Utbrott av vattenburen smitta i kommunala anläggningar beror ofta på felkopplingar och andra tekniska brister som medfört att avloppsvatten tränger in i dricksvattensystemet. En stor del av det kommunala vatten- och avloppssystemet i landet är i behov av att bytas ut på grund av försvagning genom ålder.

Luft

Införandet av obligatorisk avgasrening med katalysatorer på bilar har inneburit renare avgaser. Diesebilarna har blivit avsevärt mycket bättre under de senaste åren, men bensinbilarnas avgasrening har utvecklats ännu snabbare i positiv riktning. Samtidigt som reningstekniken har förbättrats har dock trafikmängden ökat vilket innebär att luftkvaliteten i våra tätorter inte har förbättrats i önskvärd utsträckning.

Utsläppen från industrin har minskat kraftigt under de senaste decennierna, tack vare högre krav på reningsteknik i enlighet med miljöskyddslagen (nu miljöbalken) samt en allmänt ökad medvetenhet om miljöfrågor hos industrin och konsumenterna.

Trots att mycket har gjorts för att minska utsläppen av luftföroreningar är halterna av kvävedioxid, ozon, partiklar och cancerframkallande ämnen fortfarande så höga att längre gående åtgärder behövs. När det gäller partiklar och cancerframkallande ämnen är åtgärder beträffande vedförbränning och dieseldrivna fordon mest angelägna. Vidare har partiklar och cancerframkallande ämnen från slitage av bildäck uppmärksammas på senare tid. Den kvävedioxid som människor exponeras för härrör till största delen från trafiken. För att minska ozonhalterna är det nödvändigt med ett brett internationellt samarbete.

Buller

Bullerexponeringen från trafiken har minskat, bl.a. på grund av att många större trafikleder har förlagts utanför tätorterna samt att bullerisolerande åtgärder i form av bullervallar och bullerplank har utförts. Förändrade levnadsvanor och ökade krav på en störningsfri boendemiljö medför att brister i ljudisolering och ljudklimat i bostäderna uppmärksammas. Exempel på ett lågfrekvent buller, som särskilt uppmärksammas på senare tid, är det som förorsakas av kompressorer och

fläktar. Exponeringen för lågfrekvent buller i boendemiljön har ökat på grund av fler tekniska installationer. Buller från störande grannar är nästan ett lika stort problem som buller från trafiken.

Byggherren/beställaren har ansvar för att kraven i byggreglerna för en god ljudisolering efterlevs. Var och en har ett ansvar att inte orsaka störande buller för sina grannar. Många efterfrågar ett tyst boende och det har visat sig att bra bullerisolering ofta prioriteras mycket högt. I en enkätstudie från Byggeforskningsrådet, där man undersökt människors betalningsvilja rörande bullerisolering i bostaden, visades att de som svarat på enkäten i genomsnitt var villiga att betala 6,5 procent av hyreskostnaden för att få extra ljudisolering i bostaden.

Svårnedbrytbara ämnen

Utsläppen av metaller från industrier och andra punktkällor har minskat med 90 procent under de senaste decennierna. Trots det minskade nedfallet av metaller sker fortfarande en ackumulering av metaller i miljön. Detta beror sannolikt på nedfall via luften av gränsöverskridande luftföroreningar samt att användningen av metaller i varor och produkter har ökat. Vidare har försurningen stor betydelse för metallers rörlighet i miljön. Kadmiumhalten i åkermark beräknas öka med ca 0,2 procent varje år. Främsta orsaken till det är användningen av fosforgödningsmedel samt nedfall från luften. Exponeringen för bly har minskat påtagligt på grund av att blyad bensin nu inte används. För att kunna minska exponeringen från dagens nivå är det nödvändigt med ett internationellt samarbete.

Spridningen av svårnedbrytbara ämnen är geografiskt ojämn och ofta beroende på var olika tillverkningsprocesser ägt rum och var upplag och deponier funnits respektive finns. Urlakningen från deponier eller förorenad mark kan förvärras om naturliga barriärer slås ut av försurningen. Genom användning av slam från avloppsreningsverk i jordbruket kan kemikalier spridas över jordbruksmark. Även hushållens kemikalieanvändning kan bidra till att svårnedbrytbara, farliga ämnen sprids i miljön.

Flamskyddsmedel blir allt vanligare i olika produkter. Bromerade ämnen från flamskyddsmedel påvisas nu i ökande omfattning i bröstmjölk. Det finns all anledning att se allvarligt på denna trend och vidta de åtgärder som är möjliga för att bryta den.

6.3.3 Befintliga mål och strategier

I den miljöpolitiska propositionen, Miljö för ett hållbart Sverige (prop. 1997/98:145) anges 15 övergripande miljö kvalitetsmål som vägledning för landets miljöpolitik. I direktivet till Miljömålskommittén anges att Miljöhälsoutredningens betänkande och det handlingsprogram med mål och åtgärdsinriktningar som Miljöhälsoutredningen föreslog skall beaktas i genomförandet av de 15 miljö kvalitetsmålen.

Vatten

I de nya nationella miljömålen (prop. 1997/98:145) mål för giftfri miljö framförs att "Miljön skall vara så fri från ämnen och metaller som skapats i eller utvunnits av samhället och som kan hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden. Halterna av ämnen som förekommer naturligt i miljön skall vara nära bakgrunds nivåerna. Halterna av naturfrämmande ämnen skall vara nära noll." Miljöhälsoutredningen föreslog ett övergripande mål att "Ingen skall bli sjuk av vatten från allmänna anläggningar eller enskilda vattentäkter". Miljöhälsoutredningen konstaterar att kommunerna bör vidmakthålla den långsiktiga planeringen för underhåll, renovering och utbyte av vatten- och avlopps anläggningar liksom för utbildning och tekniska åtgärder för att minska risken för smittspridning från vattenverken.

Luft

I de nya nationella miljömålen mål för frisk luft framgår att "Luften skall vara så ren att människors hälsa samt djur, växter och kulturvärden inte skadas. Halterna av luftföroreningar överskrider inte fastställda lågrisknivåer för cancer, överkänslighet och allergi eller sjukdomar i luftvägarna" (prop. 1997/98:145). I sammanfattningen av regeringens proposition 1997/98:56 om transportpolitik för en hållbar utveckling, framhålls att transportpolitiken skall bidra till en socialt, kulturellt, ekonomiskt och ekologiskt hållbar utveckling. I propositionen förs det fram att man skall använda ekonomiska styrmedel för att uppnå de transportpolitiska målen. Naturvårdsverket har nyligen föreslagit regeringen att kraven på alla husägare som eldar med ved skall skärpas.

Buller

I de nya miljömålen anges att följande delmål bör gälla: "Trafikbullret i tätorter bör minska så att det underskrider gällande riktvärden." I den handlingsplan mot buller som antogs av riksdagen år 1994 är det övergripande målet att bullerstörningarna i samhället skall begränsas kraftigt avseende såväl ljudnivåernas höjd som antalet människor som utsätts för buller. En byggherre/beställare har ansvar för att kraven i byggreglerna på god ljudisolering infrias i nya hus. Arbetsmarknadsåtgärder kan användas för att minska bullerbelastningen genom bullervallar och andra skyddsåtgärder. Sedan 1 januari 1999 gäller strängare byggregler för bullerdämpning vid nybyggnad. Ett helt nytt klassningssystem skall också införas för att lättare kunna beskriva hur god ljudisolering en bostad har jämfört med andra bostäder.

Miljöhälsoutredningen föreslog som övergripande mål att "Bullerstörningarna i samhället skall kraftigt begränsas." Som miljökvalitetsmål föreslogs att "Bullernivåer i tätorter bör understiga 55 dBA som ekvivalent ljudnivå utomhus och 30 dBA som ekvivalent ljudnivå inomhus". Dessa värden motsvarar Naturvårdsverkets mål för buller utomhus och Socialstyrelsens riktvärde för buller inomhus.

Svårnedbrytbara ämnen

I de nya nationella miljömålen mål för giftfri miljö framförs att "Miljön skall vara så fri från ämnen och metaller som skapats i eller utvunnits av samhället och som kan hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden. Halterna av ämnen som förekommer naturligt i miljön skall vara nära bakgrunds nivåerna. Halterna av naturfrämmande ämnen skall vara nära noll." För att nå dessa mål föreslås bl.a. att all användning av bly avvecklas, att användningen av kvicksilver inom kloralkaliindustrin avvecklas senast år 2010 och att användningen av kvicksilver i övrigt avvecklas år 2000. Vidare föreslås att PCB-haltigt material i samhället skall kartläggas och så långt som möjligt omhändertagas, att användningen av bromerade flamskyddsmedel begränsas samt att all användning av ftalater och andra mjukgörare med skadliga eller misstänkt skadliga hälso- eller miljöeffekter avvecklas på frivillig väg. Miljöhälsoutredningen föreslog som miljökvalitetsmål att "Halten av miljöföroreningar i föda skall minska till en nivå där kostrekommendationer inte är nödvändiga". Vidare föreslogs långsiktiga mål på kvicksilverhalt i fisk (0,2 mg/kg färskvikt), kadmiumhalt i spannmål (0,1 mg/kg) samt som indikator på klorerade föroreningar TCDD-ekvivalenter i fisk (1 ng/kg färskvikt). Regeringen har nyligen givit direktiv

till en utredning om hur kemikaliepolitikens riktlinjer skall kunna omvandlas till konkreta åtgärder i syfte att få bort långlivade och bioackumulerande ämnen från marknaden. Utredningen skall vara slutförd i januari 2000.

6.3.4 Mål och strategier

Mål

1. Hälsosofarliga luftföroreningar skall minska

- Kollektivtrafiken skall förbättras så att fler väljer att åka kollektivt.
- Kraven på vedpannor och vedeldning skall höjas.
- Nya fordonsbränslen och avgasrening skall utvecklas liksom alternativa energikällor.

2. Hälsosofarliga svårnedbrytbara ämnen skall minska

- Användningen av de hälsofarligaste svårnedbrytbara ämnena bör avvecklas helt.
- Skadliga ämnens förekomst i samhället skall kartläggas.
- Områden som är förorenade av skadliga ämnen skall saneras.

3. Exponeringen för buller skall minska

- Tystare trafik skall utvecklas.
- Kraven på bullerisolering av byggnader skall höjas.

Inledande synpunkter

Den relativt goda hälsosituation vi har 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. Att upprätthålla den höga ambitionsnivån när det gäller att trygga tillgången till friskt vatten, frisk luft, en från bullersynpunkt störningsfri boendemiljö samt tillgång till en föda som så långt det är möjligt är fri från smittämnen, tungmetaller och svårnedbrytbara organiska ämnen som kan skada vår hälsa, är en basal förutsättning för att en god folkhälsonivå skall kunna upprätthållas. Vi har i dag flera kvantitativt stora problem när det gäller hälsorisker i bl.a. vatten, luft samt buller som motiverar åtgärder för att minska människors exponering. Upplagringen av svårnedbrytbara hälsofarliga

ämnen i miljön är ett potentiellt stort problem eftersom de hälsoeffekter som här är aktuella är så allvarliga och vi ligger nära den exponering där effekter bedöms kunna uppstå.

I flera fall är det inte kunskapsbrister om samband mellan miljöfaktorer och sjuklighet som är begränsande. Den viktigaste begränsande faktorn för åtgärder kan ofta vara en "tröghet" i samhället när det gäller att vidta förändringar. Denna tröghet är beroende av attityder och värderingar hos befolkning och beslutsfattare. Strategiska processer för att bättre kunna åstadkomma förändringar bör därför identifieras. Det är också angeläget med beteendevetenskaplig forskning kring hur kunskap om hälsoeffekter till följd av exponering i miljön kan medverka till förändrade attityder och förändrade vanor hos den enskilda individen.

Den kanske viktigaste förutsättningen för att vi skall kunna skapa och bibehålla en hälsosam fysisk miljö är en väl informerad, kunnig och engagerad befolkning. Människor måste vara väl informerade och engagerade för att kunna göra de val för sina levnadsvanor och konsumtionsvanor som behövs för att minska påfrestningen på miljön och sin egen och andras hälsa. Vidare skapas genom informerade och engagerade människor ett tryck på tillverkningsindustrin och handeln att tillhandahålla miljö- och hälsövänliga produkter. Det är därför mycket viktigt att det arbete som bedrivs inom bl.a. Agenda 21 och i det lokala folkhälsoarbetet fortsätter och ges en varaktig hemvist främst i de kommunala och landstingskommunala förvaltningarna. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsförvaltningar har en nyckelroll när det gäller att lokalt genomföra de intentioner som finns i miljö- och hälsoskyddslagstiftningen och det strategiska miljö- och hälsoskyddsarbetet enligt nationella mål.

För att förebygga risker för mikrobiell förorening av dricksvatten måste stor vikt läggas vid långsiktig planering för underhåll, renovering och utbyte av vatten- och avloppsanläggningar liksom vid åtgärder för att minska risken för smittspridning från vattenverken.

De hälsorisker på grund av föroreningar i utomhusluft som närmast är aktuella är astma och allergi, lungcancer och andra luftvägssjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar. För att förbättra underlaget för riskbedömning och gränsvärdesättning fordras ytterligare studier både om akuta och långsiktiga effekter av exponering för luftföroreningar, särskilt rörande partiklar, ozon och kvävedioxid.

Mål, strategier och aktörer

Hälsofarliga luftföroreningar skall minska

Luftföroreningar orsakar cancer, påverkar luftvägarna och ger besvär främst hos astmatiker och personer med andra luftvägssjukdomar i en omfattning som är oacceptabelt hög. För att minska exponeringen av hälsofarliga luftföroreningar behövs åtgärder främst inom områdena trafik och individuell vedeldning. Detta kan bl.a. uppnås genom hårdare krav på vedpannor och vedeldning och genom att kollektivtrafiken förbättras och fler därigenom förmås att resa kollektivt. Andra möjliga delmål är fler cykelvägar, ökad användning av elfordon och fler infartsparkeringar i storstäderna. I hög utsträckning styrs åtgärder för att genomföra dessa mål av kommunala och regionala beslut.

Det främsta långsiktiga delmålet är att på sikt fullt ut införa tekniker som innebär dels nya fordonsbränslen och avgasrening, dels möjliggör trafik och energiproduktion utan fossila bränslen. Teknikutveckling av alternativa energikällor är därför nödvändig.

Hälsofarliga svårnedbrytbara ämnen skall minska

Eftersom de potentiella effekterna av exponering för hälsofarliga svårnedbrytbara ämnen är så allvarliga och halten av flamskyddsmedel ökar i bröstmjolk bör det vara av högsta prioritet att minska exponeringen för sådana ämnen. För att minska spridningen bör därför ett starkt utökat ansvar tas av producenter och importörer när det gäller att kartlägga spridnings- och ackumuleringsmönster i miljön samt tänkbara effekter på människor och inom ekosystemen och dess organismer. Användningen av svårnedbrytbara ämnen som vi känner i dag och som har eller misstänks ha effekter på människors hälsa bör avvecklas helt. Förekomsten av ämnen i samhället med misstänkta effekter bör vidare kartläggas. Så långt det är möjligt bör därtill en sanering ske när det gäller sådana ämnen.

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, krävs ett omfattande internationellt samarbete.

Exponeringen för buller skall minska

Buller är kanske den miljöstörning som berör flest antal människor. Att vara störd av buller kan innebära en kraftig nedsättning av livskvaliteten och också ge upphov till hörselskador. Bullerstörningarna i samhället bör begränsas såväl avseende ljudnivåernas höjd som avseende antalet människor som utsätts för buller. Byggherren/beställaren skall ta ansvar för att kraven i byggreglerna på god ljudisolering infrias i nya hus. Bullerbelastningen bör minska genom bullervallar och andra skyddsåtgärder. Eftersom trafiken svarar för en stor del av bullerstörningarna är det angeläget att få ner ljudnivåerna från trafiken. Exponeringen för hörselskadliga ljudnivåer vid konserter och diskotek bör också minskas.

6.4 Avslutande bedömning

Sveriges förhållandevis goda folkhälsotillstånd beror till stor del på att vi har en lång tradition att skydda människors hälsa från hälsorisker i miljön. Åtgärder inom hälsoskyddet, t.ex. bostadshygien, vatten- och avloppsförsörjning, livsmedel och luftvård, har i ett historiskt perspektiv haft större betydelse för svenska folkets hälsa än medicinsk vård och behandling. Det är viktigt att slå vakt om denna höga ambitionsnivå. Annars finns det risk för en tillbakagång för folkhälsan.

Att bevaka att den hälsoskyddsnivå vi har bibehålls och att hälsorisker i miljön förebyggs och undanröjs är till stor del ett ansvar för kommunerna, länsstyrelserna, landstingens miljömedicinska enheter eller motsvarande samt de olika nationella tillsynsmyndigheterna inom miljö- och hälsoskyddet.

De från folkhälsosynpunkt viktigaste fysiska miljöfaktorerna utanför arbetslivet bedöms vara tillgången till frisk luft såväl utomhus som inomhus samt tillgång till livsmedel som är fria från hälsofarliga ämnen. Passiv rökning, radon, fuktiga och dåligt ventilerade bostäder, skolor och förskolor är faktorer som påverkar vår hälsa i en omfattning som är oacceptabelt hög. 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. De viktigaste målen i detta kapitel är, som Nationella folkhälsokommittén ser det, att antalet sunda hus ökar, att exponeringen för passiv rökning minskar och att förekomsten av hälsofarliga luftföroreningar och hälsofarliga svårnedbrytbara ämnen minskar.

Målet om minskad exponering för passiv rökning är relaterat till åtgärderna för att minska intresset för tobak och till den övergripande

strategin att öka solidariteten med dem som är sårbara för livsstilsrisker.
Hälsoriskerna vid radonexponering blir större för dem som också röker.

7 Rekreation

7.1 Inledning

Studier visar att människors vardagsmiljöer har stor betydelse för stressnivåer och hälsa.¹ Det har särskilt visat sig att möjlighet till rekreation i natur- och grönområden påverkar människors förmåga att återhämta sig från stress.² Tillgången på sådana områden är därför att betrakta som friskfaktorer i vardagen.

Likartade positiva hälsoeffekter när det gäller återhämtning från stress och för stimulans till kreativitet m.m. ger aktiviteter inom kultur- och fritidsområdena. De upplevelser som bilden, berättelsen eller musiken kan ge vid eget skapande eller vid deltagande i andras skapande ökar den enskildes förmåga att tolka och förstå olika sammanhang och även förmågan att bearbeta trauman, tåla stress och höja koncentrationsförmågan.

I kapitlet behandlas natur- och grönområdets betydelse för rekreation, dvs. de möjligheter som sådana områden har att stimulera till återhämtning från stress och till koncentration och kreativitet för såväl unga som vuxna. Det är kommitténs avsikt att även behandla kultur- och fritidsaktivitetens motsvarande betydelse. Vår inriktning är att återkomma i slutbetänkandet med en analys av kulturens och fritidens betydelse för hälsan samt mål och strategier i anslutning till detta. I det nu aktuella kapitlet fokuserar vi helt på hälsoeffekterna av natur- och grönområden samt anger mål och strategier inom detta område.

I en avslutande bedömning summerar vi de viktigaste analytiska resultaten och anger kapitlets viktigaste mål.

¹ Se t.ex. Börtnes T. Vi driver rovdrift på tiden. *Arbetsmiljö* nr 3. 1998. Horowitz J.M. *Stress response syndromes*. Aronson. New York. 1986. Moxnes P. *Hverdagens angst i individ, gruppe og organisasjon*. Oslo. 1989.

² Hartig T, Bök A, Garvill J, Olsson T. & Gärling, T. Environmental Influences on psychological restoration. *Scandinavian Journal of Psychology*. 37, pp. 378–393. 1996.

7.2 Grönområdets betydelse för rekreation

7.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Undersökningar visar att det är viktigt att stadens friytor och grönområden kan erbjuda ett spektrum av upplevelser som människor har behov av. De kvaliteter som avses kan delas in i några huvudkategorier. Ett par av dessa har sin tyngdpunkt i naturmiljöer, andra har tyngdpunkten i mer kulturella miljöer.³ Kvaliteterna ger i olika hög grad stimulans och återhämtning. Då rofyllda parkmiljöer och natur har en gynnsam påverkan på människan när det gäller möjligheten att återhämta sig från stress, kan man anta att det råder ett samband mellan ett områdes kvaliteter och hälsoläget bland befolkningen i området.

I avsnittet kommer tyngdpunkten att läggas på att beskriva betydelsen av återhämtande miljöer, främst rofyllda parker, trädgårdar och naturområden. Det är dock viktigt att det även finns ett utbud av mer intensiva kulturparker, dvs. parker med klippta gräsmattor, anlagda rabatter, krattade gångar och statyer. Detta eftersom det har visat sig att ett brett utbud av miljöer får människor att gå ut oftare, vilket innebär att de därmed får mer motion, mer dagsljus och mer tid i gröna miljöer.⁴

Förekomst av grönområden med återhämtande effekt

Bostadsområden

Människor som bor i villor och radhus i mindre tätorter eller i större tätorters ytterområden har i de flesta fall en god tillgång till återhämtande grönområden, dvs. områden som man kan ströva fritt i och som inte kräver ständig vaksamhet och uppmärksamhet. Villa- och radhusområden som byggts efter år 1975 har mindre tomter samtidigt som de ofta saknar en större park eller ett naturområde i närheten. För flerfamiljshusen är skillnaderna i tillgång mer betydande.⁵

³ Grahn P. Om parkers betydelse. *Stad & Land* 93. Alnarp. 1991.

⁴ Berggren-Bärring A-M & Grahn P. *Grönstrukturens betydelse för användningen*. SLU, Inst för landskapsplanering, Rapport 95:3. Alnarp. 1995.

⁵ Om bostadsområden, se *Gröna områden i planeringen*. Boverket. Karlskrona. 1999. Bucht E. *Public Parks in Sweden, 1860–1960*. Agraria 56. Ultuna. 1997. Berggren-Bärring A-M & Grahn P. *Grönstrukturens betydelse för användningen*. SLU, Inst för landskapsplanering, Rapport 95:3. Alnarp. 1995.

Inne i de centrala delarna av tätorterna är utbudet av park- och rekreationsområden ofta inte tillräckligt. I äldre stadsdelar i de gamla stadskärnorna har parkerna ofta en hög kvalitet. Dessa parker är dock få, många gånger rätt små till ytan och ofta omgärdade av kraftig trafik.

I tätorternas ytterområden är det vanligen mindre trångt och mer grönt. I stadsdelar från 1940- och 50-talen är parkerna många gånger stora och ljusa, med inslag av många arter, kanske ett rosarium, en fontän och någon skulptur.

Stadsdelar från 1960- och 70-talen har mycket grönska, men grönområdena har inte blivit särskilt påkostade. De domineras ofta av någon eller några enskilda arter och klippt gräs. Områdena har dock goda kvaliteter när det gäller trafikseparering och parkerna är stora och ljusa. I den senaste undersökningen av rekreationsvanor visade det sig att 1960- och 70-talens grönområden ligger högt i användning.

Stadsdelar från 1980- och 90-talen har ofta mindre grönska. Här har nybyggnationen många gånger gällt förtätning på tidigare sparad mark. De grönområden som anlagts har blivit relativt påkostade vad gäller artsammansättning m.m. Gårdarna och kvarteren från denna tid har mindre friytor jämfört med bostadsområden från 1940 och 1970-talen. Det ljus, den luft och den rymd som tidigare miljöer hade, har istället ersatts av intimitet och detaljrikedom.

Störst brister på återhämtande miljöer finner vi i den inre stadens kvarter och särskilt där varje enskild fastighet omges av staket eller murar. De flesta av dessa områden är byggda under 1800-talet och fram till 1920-talet. Här kan vissa fastigheters gårdar ligga i skugga hela dagarna. Det är inte ovanligt att gårdar domineras av asfalt, sopkärl och cykelställ och att man helt saknar gräs, träd och blommor.

Grönytor med avseende på olika åldersgrupper och kön

Undersökningar visar att barn upp till tolv års ålder är den åldersgrupp som mest nyttjar stadens grönområden. Därefter kommer tonåringar, följt av pensionärer mellan 65 och 75 års ålder. Sedan kommer vuxna i åldrarna 20–65 år med relativt små skillnader i olika åldrar inom denna stora grupp. Minst utnyttjar äldre över 75 år grönområden. De två sistnämnda grupperna, vuxna och riktigt gamla, vill enligt nya studier vara ute i betydligt större utsträckning än vad de faktiskt är.⁶

När det gäller kvinnor är den upplevda bristen på trygghet i parkerna en begränsande faktor och kvinnor anger denna orsak sju gånger oftare

⁶ Grahn P. & Larsson C. *Stadens grönområden. Hur de används och vad som tilltalar besökarna*. SLU och Byggeforskningsrådet. Alnarp. 1997.

än män. För de riktigt gamla, över 75 år, är det framför allt tillgängligheten och tryggheten som begränsar. Bara det att vara rädd att inte hitta en bänk att vila på, kan göra att en gammal människa avstår från att ta en promenad.⁷

Egen rekreerande miljö

Undersökningarna av vanor, behov och preferenser visar att boende i villor och radhus har en tämligen god försörjning av återhämtande miljöer på nära håll. Däremot visar det sig att enbart hälften av de boende i flerbostadshus använder den gemensamma gården överhuvudtaget under ett år. Att gårdar vid flerbostadshus inte används beror sannolikt på att de i allmänhet är dåligt planerade.⁸ Materialet i genomförda undersökningar har hittills varit för begränsat för att man närmare skall kunna undersöka om det föreligger etniska skillnader i preferenser och vanor när det gäller utnyttjande av gårdsmiljöer.

Studier har visat att de som helt saknar egen gård är mycket lite ute i natur, parker och grönområden och att de som har en dålig gård är mer ute i natur och grönområden än de som helt saknar egen gård. De som har en bra gård, som de är nöjda med, är mest ute i natur och grönområden.⁹ Detta nyttjandemönster går igen när man studerar förskolor, skolor och vårdinstitutioner. Ju sämre gården är, desto mindre är man ute överhuvudtaget. En bra skolgård, förskolegård eller gård vid äldreboende ger däremot upphov till en relativt omfattande utevistelse, inte bara på den egna gården utan också i stadens parker, grönområden och naturområden.¹⁰ Detta betyder att gårdsmiljöerna är av avgörande betydelse för utevistelsens omfattning. Det är inte så att brister i gårdarnas kvaliteter kompenseras med en mer omfattande utevistelse på andra allmänna grönytor. Tvärtom har såväl kvalitativa som kvantitativa studier visat att bra gårdar leder till mer utevistelse i parker och grönområden. Generellt sker drygt 40 procent fler besök i urbana grönområden om man har en bra gård. Ser man till vissa utsatta grupper, som patienter inom den psykiatriska vården, handlar det om mer än 100 procent,

⁷ A.a.

⁸ A.a.

⁹ Grahn P. Om parkers betydelse. *Stad & Land* 93. Alnarp. 1991. Grahn P. & Larsson C. *Stadens grönområden. Hur de används och vad som tilltalar besökarna*. SLU och Byggnadsforskningsrådet. Alnarp. 1997.

¹⁰ Grahn P. *Egen härd – Guld värd*. SLU, Inst för landskapsplanering, 88:8. Alnarp. 1988.

och för boende inom äldreomsorgen ligger siffran på drygt 400 procent fler besök.¹¹

Enda avvikelserna från detta nyttjandemönster gäller boende i 1960- och -70-talens flerbostadshusområden. Invånarna där utnyttjar inte de egna gårdarna speciellt mycket, och de är inte nöjda med dem. Däremot används de grönområden som ligger alldeles invid gårdarna flitigt. Boende i dessa flerfamiljshusområden söker sig gärna till närliggande parker och naturområden, där dessa finns. De som saknar nära parker kompenserar inte detta med att vara mer ute på andra ställen.¹² Man kan säga att i dessa bostadsområden har de nu uppvuxna närliggande parkerna i mångt och mycket tagit över gårdarnas roll eftersom parkerna och gårdarna ligger alldeles intill varandra, utan barriärer i form av vägar eller fysiskt avstånd.

Etniska grupper

Ser man till etniska olikheter vad gäller nyttjande och preferenser för yttre miljöer finns det två tendenser, dock inte signifikanta: invandrare från Östeuropa är något oftare ute i natur- och grönområden än infödda svenskar, men skillnaderna är relativt små. Invandrare från Mellanöstern och Medelhavsområdet är däremot mindre ute i natur- och grönområden än infödda svenskar. Det rör sig om ca 20 procents skillnad sett över hela året. Denna differens uppkommer under den kalla årstiden. Under sommaren är dessa invandrargrupper ute lika mycket eller t.o.m. något mer än infödda svenskar.¹³

Geografiska skillnader

I Sverige är läget generellt sett bra när det gäller tillgången på allmänt tillgänglig natur nära bebyggelsen. Undersökningar visar att naturområden utanför tätorten besöks på helger, semestrar och under andra längre ledigheter. Däremot besöks de sällan under vardagar. Då är det istället parker och nära grönområden som besöks.¹⁴

¹¹ Ottosson J. & Grahn P. Utemiljöns betydelse för äldre med stort vårdbehov. SLU, *Stad & Land* 155. Alnarp. 1998.

¹² Grahn P. & Larsson C. *Stadens grönområden. Hur de används och vad som tilltalar besökarna*. SLU och Byggnadsforskningsrådet. Alnarp. 1997.

¹³ A.a.

¹⁴ Statistiska Centralbyrån. *Tätorter 1990. Befolkning och areal i tätorter och glesbygd*. Statistiska meddelanden Na 38 SM 9101. 1991. Stockholm 1991. Statistiska Centralbyrån. *Markanvändningen i tätorter 1990 och förändringar*

Den svenska allemansrätten är värdefull, inte minst ur ett jämlikhetsperspektiv. Allemansrätten medverkar till att flertalet människor på ett relativt enkelt sätt kan komma ut i naturen utan allt för långa transporttider. I intensiva jordbruksområden och större urbaniserade områden kan dock tiden och avståndet till större skogar, sjöar, stränder och andra naturområden bli kännbara.

Boende i tätorter i rena odlingsbygder har inte bara långt till allmänt tillgängliga naturområden, de har dessutom i allmänhet mindre areal parkmark per invånare jämfört med motsvarande tätorter i skogsbygder och mellanbygder. Till detta kommer att den parkmark som anlagts under de sista 30–40 åren ofta har dålig kvalitet och vanligtvis ligger på tidigare åkermark. Prognosen är att bristen på allmänt tillgängliga grönområden kommer att förvärras på grund av förtätning, genom bebyggelse på rekreationsmark som tidigare sparats. Dessa städer och tätorter ligger i de mest expansiva delarna av landet.¹⁵

Skolan och förskolan

Förskolornas gårdar är av mycket skiftande kvalitet och generellt sett har förskolorna och skolorna i innerstaden små ytor med mycket asfalt. Prognosen är att de egna gårdarna kommer att nyttjas allt mer under överskådlig tid, genom att personalminskningar och mindre pengar till transporter gjort utflykter till andra naturmiljöer allt svårare att genomföra. Vissa förskolor har också helt ställt in utflykter av säkerhetsskäl. Barnen är således i än högre grad än tidigare hänvisade till den utemiljö som finns alldeles intill förskolan.¹⁶

För skolornas del är läget inom ett antal kommuner betydligt ljusare än det läge som råder för förskolorna. Skolornas bristfälliga utemiljö har uppmärksamrats under ett antal år genom bland andra organisationerna "Skolans uterum" och "Barnens landskap", som visat på goda exempel

1980–1990. Statistiska meddelanden Na 14 SM 9201. 1992. Stockholm 1992. Grahn P. & Larsson C. *Stadens grönområden. Hur de används och vad som tilltalar besökarna*. SLU och Byggnadsforskningsrådet. Alnarp. 1997. Grahn P. & Sorte G.J. Hur används parken? *Stad & Land* nr 39. Alnarp. 1985.

¹⁵ Bucht E. & Persson B. Grönstruktur i städer och tätorter. SLU. *Stad & Land* 127. Alnarp. 1994. Grahn P. Om parkers betydelse. SLU. *Stad & Land* 93. Alnarp. 1991.

¹⁶ Grahn P. *Egen härd – Guld värd*. SLU. Inst för landskapsplanering 88:8. Alnarp. 1988. Grahn P, Mårtensson F, Lindblad B., Nilsson P. & Ekman A. Ute på dagis. SLU. *Stad & Land* 145. Alnarp. 1997. Grahn P. Om parkers betydelse. SLU. *Stad & Land* 93. Alnarp. 1991.

bl.a. från England. Men trots dessa insatser är skolgården på de flesta håll fortfarande en tom asfaltyta.¹⁷

Äldre- och handikappomsorgen

Äldre och funktionshindrade med nedsatt rörlighet är mer beroende än andra av goda vistelseytor nära hemmet. Detsamma gäller de som vistas kortare eller längre perioder på sjukhus eller sjukhem. När det gäller sjuk- och åldrvård skiftar emellertid förhållandena kraftigt. Där finns de gamla institutionsmiljöerna från 1800-talet och fram till 1930-talet som ofta ligger i stora uppvuxna parker och trädgårdar. När det gäller dessa miljöer är det ofta tillgängligheten från byggnader till park som brister. Sjukhus, sjukhem, servicehus och ålderdomshem byggda efter 1940 har klart otillfredsställande utemiljöer.¹⁸ I dag håller ett nätverk av terapeutiska trädgårdar på att byggas upp över landet, dvs. trädgårdar som ger möjlighet till träning av exempelvis minnesfunktioner, armar och rygg eller som ger möjlighet till kontemplation.

Effekter för individ och samhälle

Individen

Studier har visat påtagliga samband mellan utevistelse och hälsotillstånd hos förskolebarn. De hälsotillstånd som avses gäller i första hand infektioner,¹⁹ stressåkommor, grovmotorisk förmåga och koncentrationsstyrka. Det finns även tyska studier som pekar på att utevistelse skulle kunna medföra att färre barn får allergi.²⁰ Flera studier har påvisat samband mellan förskolegårdens kvaliteter och den motoriska färdigheten och utvecklingen hos barn som vistas på dessa gårdar.²¹ Det är

¹⁷ Lindholm G. Skolgården – vuxnas bilder – barnets miljö. SLU. *Stad & Land* 129. Alnarp. 1995.

¹⁸ Gora M. & Nordström M. Äldres liv och nära omgivning. SLU. *Stad & Land* 133. Alnarp. 1995. Grahn P. *Egen härd – Guld värd*. SLU. Inst för landskapsplanering 88:8. Alnarp. 1988.

¹⁹ Söderström M. & Blennow M. Barn på utedagis hade lägre sjukfrånvaro. *Läkartidningen* 15, pp 1670–1672.

²⁰ von Mutius E. Towards prevention. *Lancet* 350 Suppl 2:III14–7. 1997. Von Mutius E, Weiland S.K, Fritzsche C, Duhme H. & Keil U. Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. *Lancet* 351, 9106, pp 862–866. 1998.

²¹ Fjörtoft I. *Fysisk oppvekstmiljö: hvilken betydning har det för barns utvikling?* Norges idrettshøgskole. 1997. 1998. Grahn P, Mårtensson, F, Lind-

t.ex. klarlagt att en god lekmiljö utomhus inspirerar barnen till fler typer av lekar och att därmed barnens motorik och koncentrationsförmåga påverkas positivt. Vidare visar barngrupper i goda lekmiljöer tecken på att kunna hantera konflikter bättre än eljest. Omvänt visar det sig att förskolegårdar som saknar naturavsnitt eller lummiga delar av trädgården har negativa effekter på barnens koncentrationsförmåga och motoriska utveckling.²²

Nya data indikerar att det kan finnas ett samband mellan möjligheter till rekreerande utevistelser under arbetstid och lägre stressnivåer.²³

Forskning visar att äldre i högre grad än yngre är beroende av dagsljus för sin vitaminstatus och för att skelettet inte skall urkalkas.²⁴ Motion är också i högsta grad nödvändig för den äldre befolkningen, för bibehållande av muskelmassa och rörlighet.²⁵ Ändå är dessa äldre ofta hänvisade till att vara inomhus då trädgårdarna vid boendet inte är tillgängliga från byggnaden.²⁶ Ny forskning visar också att blodtrycket kan påverkas gynnsamt av utevistelse och att detta i synnerhet kan gälla personer över 80 år.²⁷ Studien visar dessutom att äldre som har möjlighet att vistas ute en timme under dagen förbättrar sin koncentrationsförmåga. Puls och blodtryck påverkas också gynnsamt, särskilt hos de äldre som ofta tvingas uppsöka läkare på grund av svåra sjukdomar.

Daglig utevistelse gör att kroppen bättre kan klara såväl fysisk som psykisk påfrestning.²⁸ Det har visat sig att den nära grönskan leder till att människor över huvud taget kommer ut under vardagen. Studier visar att grönområden inom fem minuters promenadavstånd används flitigt. Fem minuter är ett tröskelvärde, då bara någon minuts längre promenad

blad B, Nilsson, P. & Ekman A. Ute på dagis. SLU. *Stad & Land* 145. Alnarp. 1997.

²² A.a.

²³ Grahn P. Green structures – The importance for health of nature areas and parks. *European regional planning*. 56, pp 89–112. 1994. Grahn P. & Stigsdotter U. *Arbete och återhämtning. Parkpromenadens effekter på stressrelaterade åkommor*. Manus till konferensen Burlövs framtida miljö 16/3 Alnarp. 1999.

²⁴ Küller R. & Küller M. *Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa*. Byggnadsforskningsrådet R24:1994. Stockholm. 1994.

²⁵ A.a.

²⁶ Gora M. & Nordström M. Äldres liv och nära omgivning. SLU. *Stad & Land* 133. Alnarp. 1995.

²⁷ Ottosson J. & Grahn P. Utemiljöns betydelse för äldre med stort vårdbehov. SLU. *Stad & Land* 155. Alnarp. 1998.

²⁸ Küller R. & Küller M. *Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa*. Byggnadsforskningsrådet R24:1994. Stockholm. 1994.

sänker användningen dramatiskt. För barn och gamla betyder det att parken måste finnas inom 200 meters radie från bostaden.²⁹

Daglig utevistelse året runt ger bättre hälsa av flera skäl:

- *Dagsljuset* har effekter på vitaminstatus, skelettuppbyggnad, biologisk klocka och hormonstatus. Detta i sin tur ger minskad frekvens av depression och ångest. Speciellt de årstidsrelaterade depressionerna minskar i omfattning och styrka. Sömnkvaliteten förbättras.³⁰
- *Luften* ute är i allmänhet mindre bemängd med damm, bakterier, virus, lösningsmedel, kvalster etc. Låga nivåer av damm och stoft i inandningsluften gör att lungorna är mindre irriterade och därmed bättre kan tåla exempelvis giftiga gaser.³¹
- *Grönskan och naturen i sig* har betydelse för stressnivåer, koncentrationsstyrka och återhämtning efter informationsbelastning. Stresstolerans och koncentrationsstyrka höjs.³²
- *Aktiviteter utomhus* tränar balans och muskelmassa samt höjer konditionen. Koordination, vighet och muskelstyrka ökar. Fysisk aktivitet är en viktig friskfaktor.
- *Grönområdet som social arena*. Socialt liv främjas och ensamhet motverkas.³³

²⁹ Grahn P. Green structures – The importance for health of nature areas and parks. *European regional planning*. 56, pp 89–112. 1994.

³⁰ Küller R. & Lindsten C. Health and behavior of children in classrooms with and without windows. *Journal of Environmental Psychology*. 12, pp 305–317. 1992. Küller R. & Wetterberg L. The subterranean work environment: impact on wellbeing and health. *Environment International*. 22, pp 33–52. 1996. Küller R. & Küller M. *Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa*. Byggnadsforskningsrådet. R24:1994. Stockholm. 1994.

³¹ Bramryd T. & Fransman B. *Stadens lungor – om luftkvaliteten och växtligheten i våra tätorter*. SLU. *Stad & Land* 116. Alnarp. 1993.

³² Ulrich R.S, Simons R.F, Losito B.D, Fiorito E, Miles M.A. & Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*. 11, pp 201–230. 1991. Herzog T.R, Black A.M, Fountaine K.A, & Knotts D.J. Reflection and attentional recovery as distinctive benefits of restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*. 17, pp 165–170. 1997.

³³ Berglund U. & Jergeby U. *Stadsrum människorum*. SLU, *Stad & Land* 153. Alnarp. 1998. Simovici, S. *Grannansvar*. Norstedts. Stockholm. 1981.

7.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Under industrialismen gjorde behovet av arbetskraft till de nya industrierna att det blev lönsamt att bebygga tidigare odlingar inne i kvarteren. Det blev trångt, folkrikt och stora infektionssjukdomar började härja. Teorin om ljus, luft och grönska som skydd mot invånarnas ohälsa presenterades. Denna teori – the pythogenic theory – vann insteg i den brittiska hälsolagstiftningen i slutet av 1800-talet, vilket bland annat tog sig uttryck i en målsättning om parker och rekreatiomark för stadsinnevånarna. Parker hade redan börjat anläggas som allmänna s.k. promenadområden. Särskilt framhölls möjligheten för barn att kunna finna lekparkar. I England, USA, Tyskland, Österrike, Belgien och Holland vann dessa tankar insteg, vilket bl.a. kom att visa sig i en ny syn på stadsbyggande i början av seklet, där boende, industri och rekreatiområden separerades så att människor därmed skulle må bättre. Omkring sekelskiftet började också lekplatser och idrottsplatser att byggas. Vid denna tid var det heller inte ovanligt att patriarkaliska industriidkare visade sin goda vilja genom att bygga parker och trädgårdar åt sina anställda.³⁴

Teorin om hälsa och parker slog även igenom i arkitekturteorin. Först kom trädgårdsstaden, följd av den funktionalistiska staden med de bärande begreppen ljus, luft och grönska. Kvarteretsstrukturen bröts nu sönder för att man därigenom skulle kunna bygga hus i park. Emellertid kom kulmen för den allmänna ideologiska rörelsen, anammad av såväl läkare som arkitekter och socialpolitiskt engagerade, på 1930-talet. Därefter dog den ut, kanhända beroende på nya landvinningar inom medicinen, med vaccin och penicillin, och med sociologins framväxt, som betonar relationer mellan människor och deras ekonomi medan den fysiska miljön tonades ner. Sedan 1930-talet har man allt mer bortsett från människans behov av ljus, luft och grönska som friskfaktorer.³⁵ I lagstiftningen och i byggnormerna har stadens grönområden därför en svag ställning. Inte förrän larmrapporter under 1960-talet visade på faran med luftföroreningar kom kombinationen av miljö- och hälsofrågor tillbaka på dagordningen. I dag kommer allt fler rapporter om faran med för lite dagsljus och grönska.

³⁴ Grahn, P. & Larsson, C. *Stadens grönområden. Hur de används och vad som tilltalar besökarna*. SLU och Byggnormrådet. Alnarp. 1997.

³⁵ *Urban parks and open spaces*. Tourism and Recreation Research Unit. University of Edinburgh. Edinburgh. 1983. Welch, D. *The management of urban parks*. Longman. Harlow, Essex, UK. 1991.

Fastän kopplingen park – hälsa minskade i betydelse behöll de funktionalistiska slagorden ljus – luft och grönska sin kraft och sin tongivande roll ännu några årtionden. Det hantverksmässiga byggandet fram till slutet på 1950-talet innebar dessutom att tanken om hus i park och hus i natur kunde förverkligas. Under denna period kom Bostadsstyrelsen med de första råden och anvisningarna för utemiljö: *God Bostad*, 1954. Inriktningen mot en normering av såväl inne- som utemiljö kom att präglade de närmast följande 20 åren.³⁶

1960- och 70-talens byggande kom att skilja sig markant från tidigare decenniers. Stadsdelar byggdes i rekordfart med högt uppdriven maskinell teknik. Områdena förlades som regel till städernas randzoner, på jungfrulig mark. Tekniken innebar att naturmark inte som tidigare skonades. För att byggena skulle kunna avancera snabbt och rationellt kom naturen att tas bort genom att sprängas, schaktas och avverkas. Ny växtlighet anlades, men utan större omsorg om mark, växtval eller växtmaterialhantering. Resultatet blev parker med stora gräsytor innehållande enstaka träd och buskar. De stora grönområdena berodde på en ny trafikideologi, där den farliga trafiken skulle matas in till bostadskvarteren utifrån. Trafiksystemens normerade krav på avstånd, väglänther, rondeller, och skyddsytor till trafikleder m.m. skapade stora grönområden som inte hade någon social funktion.

År 1975 kom två betydelsefulla skrifter: *Bostadens Grannskap* och *Svensk Byggnorm*. *Svensk Byggnorm* innehöll bindande normer om barns lek: hur långt det skulle få lov att vara till en lekplats, storleken på lekplatsen och dess dimensionering med hänsyn till antalet lägenheter den skulle försörja etc.

1980- och 90-talens byggande har skett på andra villkor. Byggandet har inte som under närmast föregående decennier skett i städernas utkanter. I stor utsträckning har det tvärtom handlat om att bygga på mark som tidigare reserverats för bl.a. rekreation. Det har också gällt att bygga om och bygga till gamla hus. Det har varit frågan om många små byggprojekt i gamla kvarter. Normerna blev svåra att tillämpa inne i gamla stadskroppar. Denna förtätning skedde samtidigt som arkitekturidéerna skiftade till att hylla den täta stenstaden. Kunskapen om dagsljusets och grönområdenas betydelse för hälsan var dålig.

Under 80-talet kom en allt starkare kritik mot normer och detaljlagar. De kom också att upphävas till stor del i och med att den nya plan- och bygglagen (PBL) trädde i kraft år 1987. Detta fick störst inverkan på regleringen av stadens grönområden, då alla normer som reglerade ytor och utrymmen för lek försvann. Förtätningarna började nu också

³⁶ Bucht E. & Persson B. *Grönstruktur i städer och tätorter*. SLU. *Stad & Land* 127. Alnarp. 1994.

accelerera och mellan år 1980 och år 1994 byggdes en sjättedel av alla kommunala grönytor i Sveriges tätorter bort. Räknar man dessutom in förtätningar i grönytor på kvartersmark torde det handla om det dubbla.³⁷ Byggen i grönområden har fortsatt efter år 1994, men det saknas siffror för hur stor omfattningen har varit under de senaste fem åren. Den kraftigaste förtätningssvågen har skett i de tätorter som vuxit snabbast under 1980- och 90-talen, såsom Stockholm och universitetsstäderna.

Efter en tid kom man fram till att plan- och bygglagen behövde revideras för att kunna ge stadens grönområden ett starkare skydd. I arbetet med den nya miljöbalken (MB) kom också stadens grönområden att uppmärksammas.

Påverkansmöjligheter

Under senare delen av 1990-talet har två lagar stärkt grönområdenas ställning i tätorterna: plan- och bygglagen³⁸ och miljöbalken³⁹. Dessa två lagar ger tillsammans ett utrymme för kommuner och andra myndigheter att skydda och utveckla grönområden i städer och tätorter. PBL anvisar fyra olika typer av planer: regionplan, översiktsplan, områdesbestämmelser och detaljplan. Av dessa har områdesbestämmelser och detaljplan rättslig status med bindande villkor.

I samband med revideringen av PBL utreddes stadens grönområden särskilt. Förslaget finns presenterat som bilaga i SOU 1994:36, och där talas om behovet av grönstrukturprogram och grönplaner. Den nya PBL ger nu också kommunerna en möjlighet att upprätta en grönstrukturplan. Något krav på kommunerna att göra sådana planer finns inte, även om PBL anger att behovet av parker och andra grönområden skall tillgodoses.

Miljöbalken anger att alla skall ha tillgång till natur, till en hälsosam miljö samt att behovet av grönområden i tätorten och i närheten av tätorten särskilt skall beaktas.

En rad lagar och förordningar finns i dag som pekar på behovet av grönstrukturplaner, såväl på lokal nivå som på regional nivå, även om det inte någonstans står uttryckt att sådana måste göras. I dag saknas normer för det gröna. Särskilt tydligt märks det när det gäller behoven

³⁷ A. a.

³⁸ SOU 1994:36. *Miljö och fysisk planering*. Delbetänkande av Plan- och byggutredningen. Stockholm. 1994.

³⁹ SOU 1996:103. *Miljöbalken*. Huvudbetänkande av Miljöbalksutredningen. Stockholm. 1996.

hos barn, funktionshindrade och gamla. I proposition 1998/99:107 om motion och idrott för 2000-talet gör regeringen också den bedömningen att det är angeläget att samhällsplaneringen, inte minst i storstadsregionerna, beaktar människors behov av grönområden och andra fria ytor som gör det möjligt för människor i alla åldrar att motionera utomhus.

Forskningsbehov

Det behövs mer forskning kring hur ljus och grönska påverkar människor fysiskt och psykiskt samt hur man i planering, byggande och lagstiftning skall påverka stadsbyggnad och friskvård.

Kunskapen om vad leken fordrar i form av fysisk omgivning är otillräcklig. Än mindre är kunskapen om sambanden mellan en väl fungerande lekmiljö och barns hälsa. Som har framhållits ovan visar nyligen genomförd forskning att en god lekmiljö stimulerar barnens motorik och koncentrationsförmåga samt minskar konflikter mellan barn.

Forskningen måste särskilt belysa vilka kvaliteter i utemiljön som leder till gynnsamma effekter. Exempelvis gäller detta hur utemiljön vid särskilda boendeformer skall utformas, samt hur bostadsområdets egna gårdar respektive närparker skall vara beskaffade.

Det finns behov av att utreda samband mellan miljökvaliteter, människors beteenden och hälsa. Fram till i dag har endast något tvärfackligt projekt mellan landskapsarkitekter, sjukgymnaster, läkare och psykologer undersökt sådana samband.

7.2.3 Befintliga mål och strategier

Inom detta fält fanns tidigare föreskrifter i publikationerna "God bostad" och "Bostadens grannskap" samt bindande normer i "Svensk Byggnorm". I dag är framför allt barnen i samhället helt utlämnade till kommuners goda vilja när det gäller möjligheten att finna områden för lek, rörelse och vila. Där intar Sverige en unik position i ett västeuropeiskt perspektiv, där länder som Tyskland, England, Danmark och Norge har en uppsättning av såväl kvantitativa som kvalitativa krav på lekområden.

7.2.4 Mål och strategier

Mål

1. *Alla bör ha tillgång till bullerfria och trafiksäkra grönområden nära bostaden*
 - Förskole- och skolgårdar skall vara planerade och utformade så att de tillgodoser barns och ungdomars behov av lek, rörelse, stimulans och avkoppling.
 - Miljön i anslutning till bostaden skall vara planerad och utformad så att den är tillgänglig för äldre och funktionshindrade och ger dem stimulans och avkoppling.
 - Alla som bor i särskilda boendeformer skall ha tillgång till en stimulerande utemiljö.
2. *Kommunerna bör i sina översiktsplaner särskilt redovisa grönstrukturen*
 - En separat redovisning bör göras av hur förskole- och skolgårdar och särskilda boenden är utformade.
3. *Regionala grönplaner och grönstrukturprogram bör upprättas där tillgången på områden för friluftsliv är begränsad*
 - Allemansrätten måste försvaras, särskilt i storstadsområden och i slättbygderna.

Inledande synpunkter

Som framhållits i det föregående är det viktigt att ha tillgång till grönområden för att utveckla en god hälsa. Alla boende bör därför ha tillgång till grönytor nära bostaden (villa såväl som hyreslägenhet), som är trygga och stimulerande och som ger möjlighet till återhämtning för såväl barn som vuxna. Där skall också finnas möjligheter att vara för sig själv, men också möjligheter till möten och umgänge. Det är därför angeläget att kommunerna utformar nya bostadsmiljöer och ser över äldre så att de ger möjlighet till stimulans och avkoppling, fritt från störande trafik.

Mål, strategier och aktörer

Alla bör ha tillgång till bullerfria och trafiksäkra grönområden nära bostaden

Grönområden har som tidigare sagts en starkt kontemplativ och stimulerande effekt. Det gäller såväl de nära grönytorna som de mer avlägsna. Bra närmiljö medför ett större intresse för att söka upp större grönområden. Olika studier visar också att ett grönområde på högst fem minuters avstånd från bostaden utnyttjas av så gott som alla boende. Det är därför angeläget att utemiljöerna i anslutning till bostaden och de på lite längre avstånd utformas så att de ger möjlighet till vila, rörelse, avkoppling och stimulans. Särskilt viktigt är det att se till att äldres och funktionshindrades möjligheter att komma ut i och ta del av en stimulerande och avkopplande miljö tillgodoses.

Det är viktigt att säkerställa tillgängligheten till de ibland begränsade naturområdena nära tätorterna och i intensiva odlingsbygder. Människor i sådana områden bör därför på ett enkelt sätt ha möjlighet att genom markvägar, gång- och cykelvägar etc. nå skogar, sjöar och stränder. Planering av grönstråk från tätorter ut i naturområden och friluftsområden är därför viktig och förändringen av markutnyttjandet vid dessa stråk bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Stadskärnornas äldre gårdsmiljöer bör också ses över och utformas så att de ger möjlighet till avkoppling. Även här är det naturligtvis viktigt att se till att äldres och funktionshindrades behov och möjligheter till utevistelse beaktas.

Förskole- och skolgårdar skall ge utrymme till lek i olika former och efter olika behov. En kunskapssammanställning av hur förskole- och skolgårdar bör vara utformade saknas för närvarande.

Det är också viktigt att äldre, funktionshindrade etc. i olika boendeformer får möjlighet att komma ut i dagsljuset. Uteplatser och den nära miljön vid särskilda boendeformer bör inventeras för att se om de uppfyller minimikrav på tillgänglighet, upplevelsevärden, aktivitetsbehov och rofylldhet. Även utsikten från bostäderna över grönska har visat sig ha påtagliga effekter. Det är därför viktigt att utformningen av närmiljön görs med stor omsorg.

Kommunerna bör i sina översiktsplaner särskilt redovisa grönstrukturen

I förarbetena till plan- och bygglagen betonas vikten av att kommunerna utarbetar grönplaner och grönstrukturprogram. Kommittén anser också att detta är viktigt.

I översiktsplanerna bör kommunerna redovisa sin sociala målsättning med de allmänt tillgängliga grönområdena så att människor kan finna olika typer av rekreationsområden. Planerna bör också redovisa förekomsten av gång- och cykelstråk och hur dessa håller samman grönområdena inne i tätorten med naturområden och stränder utanför.

I planerna bör också redovisas hur förskole- respektive skolgårdarna är utformade och på vilket sätt de kan erbjuda rekreation och avkoppling. Även utformningen av områdena runt särskilda boendeformer för äldre, funktionshindrade etc. bör redovisas.

Regionala grönplaner och grönstrukturprogram bör upprättas där tillgången på områden för friluftsliv är begränsad

Länsstyrelser, landsting (motsvarande), och kommuner bör, i samband med annan regional planering, upprätta regionala grönstrukturplaner i regioner där det finns ett hårt tryck på den allmänt tillgängliga rekreationsmarken. Sådant tryck kan uppstå i storstadsregionerna och i slättbygderna.

De regionala planerna bör exempelvis redovisa tillgången på rekreationsområden.

7.3 Avslutande bedömning

Människors hälsa och välbefinnande påverkas av tillgången till grönområden i de miljöer där de vistas – i anslutning till bostaden, arbetsplatsen, förskolan och skolan eller det särskilda boendet för vissa äldre och funktionshindrade personer etc. Stimulerande utemiljöer ökar förmågan till koncentration, kreativitet och återhämtning från stress för såväl unga som vuxna. De bidrar till att grundlägga ett intresse hos barn och ungdom för att vistas ute och sporrar till aktivitet som bl.a. stärker konditionen. Äldre har i högre grad än yngre behov av dagsljus för sin vitaminstatus och för att skelettet inte skall urkalkas. De har också stort behov av motion för bibehållande av muskelmassa och rörlighet och för undvikande av skador. En förutsättning för detta är att den yttre miljön är utformad så att den inbjuder till utevistelse.

Vi föreslår som mål att alla bör ha tillgång till bullerfria och trafik-säkra grönområden nära bostaden. Skälet för detta är att benägenheten att besöka grönområden minskar drastiskt om tidsavståndet från bostaden till sådana områden överstiger fem minuters väg. Vi framhåller att förskole- och skogårdar skall planeras för att ge barn och ungdomar möjlighet till rörelse och avkoppling. När det gäller äldre och funk-

tionshindrade personer som vistas/bor på institutioner eller som har svårt att komma ut från sina bostäder spelar tillgången till grönområden en stor roll för att höja det psykiska och fysiska välbefinnandet. Vi tar också upp att grönstråk från tätorter ut till närliggande skogar och sjöar är viktiga åtgärder från rekreationssynpunkt.

Vi anger också som mål är att kommuner bör redovisa grönstrukturen i sina översiktsplaner och att de bör ha en separat redovisning av utformningen av förskole- och skolgårdar samt av särskilda boendeformer. Slutligen pekar vi på att regionala grönplaner och grönstrukturprogram bör upprättas i samband med annan regional planering.

8 Mat och fysisk aktivitet

8.1 Inledning

I detta kapitel ingår avsnitt om mat och matvanor samt om fysisk aktivitet. Här beskrivs hur folkhälsoarbetet kring maten 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 för god hälsa och livskvalitet. Mat och fysisk aktivitet ses som ett samlat insatsområde eftersom de tillsammans spelar en stor roll för den enskildes hälsa och för utformningen av samhällets hälsopolitik. 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 ha en positiv inverkan på 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.

De viktigaste målen i kapitlet sammanfattas i det avslutande avsnittet.

8.2 Mat och matvanor

8.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Mat är en basal del av livet. Varje dag ägnar vi tid åt att laga mat och äta och en stor del av våra inkomster går till mat. Vad vi äter har stor betydelse för vår hälsa och måltiderna har även en funktion som kulturbärare och mötesplats. Måltiden som en lustfylld upplevelse och en positiv träffpunkt är en viktig ingrediens i ett gott liv med social gemenskap.

Den enskildes val av mat påverkar inte bara hälsan och välbefinnandet utan har även betydande effekter på miljön. En utveckling mot matvanor som är hållbara med tanke på både hälsa och miljö kan därför innebära betydande folkhälso- och miljövinster och har därigenom en stor samhällsekonomisk betydelse. Produktion, distribution och marknadsföring av livsmedel utgör en stor sektor av landets ekonomi och det finns betydande intressen att bevaka både från producent- och konsumentensynpunkt.

Tillgång till säker och hälsosam mat är en mänsklig rättighet, vilket understryks i WHO:s dokument Hälsa 21.¹ I dokumentet framhålls att det från folkhälso-synpunkt 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.

Arbetet med att främja hälsosamma matvanor är mycket mer splittat. Även detta drivs på samhällets alla nivåer men med tyngdpunkt på den regionala och lokala nivån. 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 hälsoupplysning 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.

Förutom beskrivningen nedan av organisationen för säkra livsmedel har betänkandet avgränsats att gälla folkhälsoarbete med syfte att främja bra matvanor.

Säkra livsmedel

Lagstiftning och kontroll är två viktiga medel för att ge konsumenterna bra livsmedel. Livsmedelsverket är central tillsynsmyndighet för frågor som gäller livsmedel inklusive dricksvatten. Verket har till uppgift att verka för livsmedel av god kvalitet och för att konsumenterna skall

¹ WHO, *Health 21. The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen 1998.

kunna lita på märkningen vad gäller livsmedlens sammansättning, vikt, hållbarhet och ursprung.

På Livsmedelsverkets laboratorier undersöks också om livsmedlen innehåller skadliga bakterier, mögel, rester av miljögifter eller läkemedel som getts till djur. Undersökningar av vitaminer och andra näringsämnen i maten är en annan arbetsuppgift för laboratorierna.

De undersökningar som Livsmedelsverket gör används sedan bl.a. för att sätta gränsvärden, utarbeta kostrekommendationer eller för kontrollinsatser.

Länsstyrelserna samordnar tillsynen inom länet. På kommunnivå ligger ansvaret hos miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Livsmedelsbranschen har även en omfattande egenkontroll.

Sverige har inte som flera andra europeiska länder drabbats av "livsmedelsskandaler", men den ökade handeln över gränserna, stor-driften och harmoniseringen av lagstiftningen inom EU gör att uppmärksamheten med nödvändighet skärps när det gäller svenska konsumenters intressen. Inom WHO Europa pågår ett arbete för att stärka konsumenternas tillgång till säker och hälsosam mat och även deras möjligheter till inflytande.²

Matpriser

Kostnaden för mat utgör en stor del av hushållens budget. Statistiska centralbyrån insamlade fram till år 1995 uppgifter om matkostnadernas del av hushållsbudgeten genom den s.k. Utgiftsbarometern. Ett uppehåll gjordes därefter till år 1999 då uppgifter åter börjat samlas in. Under våren 1999 tillsattes en arbetsgrupp vid jordbruksdepartementet med uppdrag att undersöka hur konsumentpriserna på livsmedel har utvecklats under de senaste åren i jämförelse med andra EU-länder ligger prisnivån på livsmedel i Sverige fortfarande relativt högt.

Matvanor i befolkningen

Mat är en betydande del av den vardagliga kulturen och en sammanhållande länk inom familjen, mellan sociala grupper och generationer. Mat ger glädje likaväl som den ger näring. Intresset för mat och matlagning har de senaste åren ökat markant. Många ungdomar vill genomgå utbildningar som har med mat att göra och dags- och veckopressen innehåller ofta recept eller artiklar om mat. Svenska kockar vinner

² WHO. *First food and nutrition action plan for Europe 2000–2005*, working draft, May 1999.

tävlingar utomlands och deltar i TV och radioprogram. Invandringen och svenskarnas ökade utlandsresande har bidragit till en större variation i utbudet av mat i affärer och på restauranger. Det är även en trend att köpa mer färdiglagad mat och laga mindre mat hemma. Reklamen och det kommersiella inflytandet inom livsmedelsområdet har ökat. Företeelser som hälsokostaffärer, hälsohem och Viktväktarna attraherar många människor.

Det går inte att generellt påstå att dagens svenskar äter vare sig bättre eller sämre än tidigare generationer. Jämfört med kosten under den första hälften av 1900-talet är maten nu fetare och innehåller mindre kolhydrater och fibrer vilket gör den mindre voluminös och därmed mycket energität. Eftersom vi samtidigt rör oss mindre kan detta leda till övervikt. Konsumtionen av frukt och grönt har dock ökat kraftigt under de senaste decennierna. Såväl de flesta vuxna som barn och ungdomar har numera oftast möjlighet att få lagad varm mat till lunch.

Folkhälsoarbetet med inriktning mot goda matvanor har pågått under årtionden och det finns många exempel på framgångsrika aktiviteter nationellt och lokalt. Trenden under 1990-talet har dock varit att allt mindre av offentlig, opartisk information har kommit ut om vad som är bra mat och hur man gör för att äta bra. Istället är producentorganisationernas gratismaterial ofta det enda som används i t.ex. skolor och förskolor.

Syftet med folkhälsoarbetet kring maten är att alla skall kunna äta på ett sätt som ger dem största möjliga välbefinnande i dag och hälsa i morgon. Maten bör först och främst vara en friskfaktor för fysiskt och psykiskt välmående och för optimala prestationer i vardagen; i andra hand bör maten ses som en riskfaktor för utvecklingen av sjukdomar, av vilka många kallas välfärdssjukdomar. De flesta konsumenter är i dag 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.³ Problemet är att många har svårt att tillämpa sina kunskaper i praktiken. Tid, pengar, kunskap, smakpreferenser och svårigheten att ändra ett invant beteende lägger hinder i vägen.

³ Becker W, Enghardt H, Robertson A-C. *Kostundersökningar i Sverige 1950–1990*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

Mat och matvanor i olika ålders- och köngrupper

Kvinnors och mäns matvanor skiljer sig åt i flera avseenden. Generellt kan sägas att kvinnor har bättre matvanor än män. Dessa uppgifter har bekräftats i en ny nationell kostundersökning, Riksmaten 1997–98.⁴ I denna studie fann man att under de senaste tio åren speciellt konsumtionen av grönsaker, ris, pasta och juice har ökat, och att särskilt kvinnor tycks äta grönsaker oftare. Svenskarna har i genomsnitt minskat sin konsumtion av fett- och sockerrika matvaror.⁵

Barn och ungdom har i vissa avseenden bättre kostvanor än vuxna.⁶ Ungdomar använder t.ex. i huvudsak magra alternativ av mjölk- och matfettprodukter. Däremot tenderar de att äta mindre frukt och grönsaker än barn och vuxna.⁷ Barn och ungdomar äter också mer sockerrika livsmedel, t.ex. godis, glass och läsk, än vad vuxna gör. Undersökningar visar att det finns en samvariation mellan högstadieelevers bristfälliga frukost- och skollunchvanor och rökning, användning av alkohol och droger samt skolk och dålig trivsel i skolan.

Studier av äldres kostvanor pekar på betydande förändringar av matvanorna sedan 1970-talet, med ökad konsumtion av grönsaker, spannmålsprodukter, magra mjölk- och matfettprodukter.⁸ Friska äldre har generellt sett ett bra intag av energi och näringsämnen. Detta har visats i en rad undersökningar under de senaste 20 åren.⁹ Måltidsmönstret är tillfredsställande i de undersökningar som hittills har gjorts och livsmedelsvalet tycks inte avvika i någon större utsträckning från den yngre befolkningens. Även kunskapen om vilken kost som främjar hälsan är god bland äldre människor. Näringsbrist och undernäring förekommer främst bland äldre på institutioner och inom slutenvård.^{10, 11}

⁴ Becker W. Svenskarna äter allt nyttigare – allt fler väljer grönt. *Vår föda*. 1999;1:24–27.

⁵ Becker W, Enghardt H, Robertson A-C. *Kostundersökningar i Sverige 1950–1990*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

⁶ Becker W, Andersson B. Högstadieelevers matvanor 1994. *Vår föda*. 1995;47:9–17.

⁷ Becker W. Må bra med frukt och grönt! Ger ett positivt kostbudskap bättre resultat? *Vår föda*. 1995;7:26–30.

⁸ Expertgruppen för kost- och hälsofrågor. Verksamhetsberättelse januari 1997–december 1998. *Vår föda*. 1999;3.

⁹ Rothenberg E, Bosaeus I, Steen B. Intake of energy, nutrients and food items in an urban elderly population. *Ageing: Clinical and Experimental Research*, 5, (2) 105–116.

¹⁰ Elmståhl S. *Hospital nutrition in geriatric long-stay medicine. Dietary intake, body composition and the effects of experimental studies*. Lund 1987.

¹¹ Unosson M. *Malnutrition in hospitalised elderly patients*. Linköping 1993.

¹² Riskgruppen för undernäring bland hemsjukvårdspatienter är äldre som har kort utbildning resp. låg inkomst, ensamstående, personer med funktionshinder samt personer med depression eller andra psykiska åkommor.¹³

Matvanor i relation till socioekonomiska och andra faktorer

Matvanor har i ett flertal undersökningar visat sig hänga samman med utbildningsgrad och social tillhörighet. Skillnaderna är tydligare för livsmedelsvalet än för det totala näringsintaget. Högutbildade äter mer grönsaker och frukt och högutbildade män har ett lägre fettintag än lågutbildade. Rökning och sämre matvanor följs ofta åt. Rökare äter mindre frukt och grönsaker och har ett lägre intag av antioxidativa vitaminer såsom vitamin C och karotenoider.¹⁴

Studier med inriktning på unga ensamstående mödrar, kan tyda på att den yngre generationen inte anser sig ha tillräckliga kunskaper i att laga mat för att på ett tillfredsställande sätt klara matförsörjningen för sig och sina barn.¹⁵

Man vet sedan länge att moderns näringstillstånd under graviditeten har betydelse för barnets hälsa. Epidemiologiska undersökningar visar på samband mellan bristande näringstillförsel under livets början och förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar i vuxen ålder. Dessa fynd bekräftas nu snabbt i olika studier och forskningen inom området är mycket expansiv.¹⁶

¹² Cederholm T. *Protein-energy malnutrition in chronic disease. Clinical and immunological studies in elderly subjects with non-malignant disorders.* Karolinska institutet. Stockholm 1994.

¹³ Socialstyrelsen. *Näringsproblem bland hemsjukvårdspatienter, Äldreuppdraget 1998:12*

¹⁴ Becker w. *Befolkningens kostvanor och näringsintag i Sverige 1989.* Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

¹⁵ Göransson H, Lundmark B, Wirdemark K. Management of resources in families maintained by single mothers – a study of how knowledge, time and money influence welfare in households with limited resources. Forskning om konsumenternas villkor och värderingar i en ny tid. *Nordisk forskningskonferens 11–14 november 1998.* Lillehammer, Norge. Nordiska ministerrådet genom EK-konsumenters forskningskoordinator i samarbete med nationella intressenter.

¹⁶ Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life.* BMJ Publishing Group. 1994.

Regionala skillnader i matvanor

De regionala skillnaderna i livsmedelskonsumtion minskar och är numera relativt små. Kostens fetthalt för män är högst i mellersta och övre Norrland. Lägst är den i Stockholms län. Skillnaden utgörs i huvudsak av mättat fett.

Skillnad mellan olika etniska grupper

Erfarenheter från industrialiserade länder som har tagit emot immigranter, såsom USA, Storbritannien och Australien, visar att en del bristsjukdomar och symtom på undernäring minskar efter immigrationen. Detta gäller speciellt bland invandrare från östra Medelhavsländerna, Asien och Afrika. En markant ökning i förekomsten av karies, fetma, åldersdiabetes, högt blodtryck, vissa former av cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar kan dock iakttagas i dessa grupper.

Kunskaper och attityder kring mat

Enkätundersökningar visar att kunskaperna om önskvärda matförändringar generellt är god bland den vuxna befolkningen.¹⁷ Kvinnor är mer hälsomedvetna än män och mer benägna att ändra inköps- och matvanor. Kunskap och medvetenhet var i dessa undersökningar något lägre bland lågutbildade än bland högutbildade. Kunskapen om att vi bör äta mer nyckelhålmärkta varor, frukt och grönsaker, fisk samt hårt bröd är dock lika väl spridd inom alla grupper. Nyckelhålmärkningen omfattar vissa livsmedelsgrupper och får användas för fettlåga varianter av olika produkter men även för hela maträtter samt för fiberrika sorter av bröd och andra spannmålsprodukter.¹⁸ Undersökningar av europeiska konsumentattityder visar därtill bl.a. att priset styr människors val av livsmedel i mycket stor utsträckning.¹⁹

¹⁷ Becker W, Enghardt H, Robertson A-C. *Kostundersökningar i Sverige 1950–1990*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

¹⁸ Becker W, Enghardt H, Robertson A-C. *Kostundersökningar i Sverige 1950–1990*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

¹⁹ Lennernäs M, Fjellström C, Becker W, Giachetti I, Schmitt A, Remaut de Winter A, Kearney M. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *Eu J Clin Nutr*. 1997;51:8–15.

Kvaliteten på skolmaten varierar avsevärt mellan olika kommuner, beroende på vilka ekonomiska resurser som är avsatta till skolmat, personalens kompetens, om mål satts upp och kvalitetsprogram tagits fram. I en undersökning om ungdomars kunskaper om mat påtalas att den allmänna uppfattningen bland ungdomar är att skolmaten är dålig.²⁰ Maten i skolan uppfattas som "ofräsch" och eleverna reagerar negativt på att den varit uppvärmd för länge och är massproducerad.

Hälsoeffekter

Mat har främst hälsobringande effekter. Kunskapen hos olika grupper i samhället om vad som är hälsosam kost är generellt sett bra, såsom tidigare har nämnts. Det finns forskningsresultat som tyder på att personer som äter mycket frukt och grönsaker har lägre risk att drabbas av bland annat cancer och hjärtinfarkt. Det kan bero på den större mängden antioxidanter i sådan föda, men säkra vetenskapliga bevis för detta finns inte. Andra gynnsamma substanser i frukt och grönsaker kan vara en förklaring. En annan förklaring kan vara att personer som eftersträvar en väl balanserad kost ofta också är hälsomedvetna på andra sätt genom att de motionerar, inte röker och inte missbrukar alkohol.²¹ I flera länder, bl.a. Danmark och Norge, har rekommendationer getts ut om frukt- och grönsakskonsumtion.

Allt fler forskningsresultat visar på amningens betydelse och bröstmjölkens unika egenskaper. Bröstmjölken innehåller både ämnen som skyddar barnet mot infektioner och som påskyndar mognaden av barnets immunsystem, vilket på sikt ger gynnsamma immunologiska effekter. Bland annat minskar amning risken för astma och astmaliknande besvär. Enligt färsk statistik från Socialstyrelsen har en stark uppgång skett av amningsfrekvensen vid 6 månaders ålder. Denna har stadigt stigit till 73 procent, vilket bedöms vara den högsta nationella genomsnittsfrekvensen bland i-länder.²² Amning behandlas även i Allergiavsnittet, liksom matallergier.

Sjukdomar som har samband med matvanor, främst hjärt- och kärlsjukdomar, står för en betydande del av sjuklighet och dödlighet i Sverige. Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport svarade hjärt- och kärlsjukdomar för 22 procent av förlorade år vid dödsfall före 65 års ålder

²⁰ *Vår föda*. 1999:1;18–20.

²¹ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Att förebygga sjukdom – med antioxidanter*. Stockholm 1997.

²² Socialstyrelsen. *Statistik – Hälsa och sjukdomar 1999:1*. Amning av barn födda 1996.

hos män.²³ Hjärt- och kärlsjukdomar orsakade år 1995 hälften av alla dödsfall i Sverige. Höjda blodfetter, högt blodtryck samt vissa andra kost- och livsstilsfaktorer, främst rökning, torde ligga bakom huvudandelen av dödsfallen. Den kvantitativa betydelsen av olika kost- och livsstilsfaktorer är dock svår att uppskatta. I viss mån har det varit möjligt att relatera regionala skillnader i matvanor, bl.a. avseende konsumtion av matfett, frukt och grönsaker, grovt bröd och rökt mat till dödlighet i hjärtinfarkt och magsäckscancer.²⁴ Den nedgång i hjärt- och kärlsjukdomar som iakttagits under 1980- och 90-talen kan till stor del förklaras med sänkta kolesterolvärden, sänkt blodtryck och minskad rökning.

Övervikt och fetma är betydande riksfaktorer för sjuklighet. Kraftigt överviktiga personer har betydligt oftare symtom som trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga.²⁵ Om övervikten är koncentrerad som bukfetma ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och diabetes.²⁶ Övervikt och framför allt fetma är ett snabbt ökande hälsoproblem i Sverige och övriga västvärlden och benämns av WHO som en global epidemi. Övervikt och fetma är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän.²⁷ Åren 1996/97 var omkring 45 procent av alla män och kvinnor överviktiga eller feta. Kraftig övervikt, fetma, i sådan omfattning att den kan förväntas förkorta den beräknade livslängden, har nu blivit så vanlig att man räknar med att 10 procent av alla vuxna svenskar, ca en halv miljon människor tillhör den riskgruppen. Det är särskilt anmärkningsvärt att andelen med fetma och övervikt även ökar bland unga. Från relativt låga nivåer 1980/81 har andelen feta eller överviktiga bland 16–24-åriga kvinnor nästan fördubblats.²⁸ Undersökningar bland värnpliktiga har visat att andelen överviktiga 18-åriga pojkar har ökat kraftigt under de senaste 25 åren, framför allt bland söner till lågutbildade mödrar.²⁹

²³ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm 1997.

²⁴ Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum, Cancerregistret.

²⁵ Wolk A, Rössner S. Rund och god ofta tjock och sjuklig. *Läkartidningen* 1995;92:2577–2579.

²⁶ Björntorp P. Fettet ska sitta där man kan sitta på det. *Läkartidningen* 1996;93:3–35.

²⁷ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm 1997.

²⁸ Statistiska centralbyrån. Undersökning om levnadsförhållanden (ULF). *Välfärdsbulletinen* 1998;4.

²⁹ Rasmusson F, Johansson M, Hansson H-O. Trends in overweight and obesity among 18-year-old males in Sweden between 1971 and 1995. *Acta Paediatr* 1999;88:431–437.

Ätstörningar (anorexi, bulimi och närliggande tillstånd) är allvarliga och ökande hälsoproblem bland tonåringar och unga vuxna. Man kan räkna med att ca 1,5–2 procent av tonårsflickor och unga kvinnor vid en given tidpunkt är drabbade av anorexi eller bulimi. Hur många som samtidigt lider av angränsande tillstånd är oklart men en rimlig gissning är ungefär det dubbla antalet. Detta innebär i grova tal att det kan finnas runt 50 000 tonårsflickor och unga kvinnor i Sverige som lider av någon form av ätstörning.³⁰

Insjuknande i åldersdiabetes har ökat under de senaste decennierna. En av orsakerna till detta är troligen den kraftiga ökningen av kroppsvikten. I Sverige har uppskattningsvis 3–4 procent av befolkningen sjukdomen. Globalt är ökningen mycket stark. Diabetes innebär en ökad risk för andra sjukdomar, främst hjärt- och kärlsjukdomar.

Det finns en mängd kemiska ämnen som fått en omfattande spridning i miljön. Vissa av dessa bryts inte ner och kommer därför att finnas kvar under lång tid. Exempel på sådana ämnen är de organiska miljöföreningarna DDT, PCB och dioxiner. Användningen och utsläpp av de nämnda miljöföreningarna har i de flesta fall kraftigt begränsats, vilket har lett till att halter i livsmedel sjunker, om än långsamt. Den känsligaste tiden för exponering av organiska miljöföreningar är sannolikt under fosterstadiet och spädbarnstiden. Livsmedelsverket har tagit fram kostråd för fisk vilka främst riktar sig till gravida och ammande kvinnor samt storkonsumenter av insjöfisk och fet ostkustfisk.³¹ Dessutom har regler utfärdats för att så långt möjligt skydda konsumenterna från mat som förknippas med dioxinförorenat foder. Bestämmelserna gäller vissa livsmedel som producerats i Belgien efter den 15 januari 1999.³²

Tillstånd att i Sverige nu använda s.k. azo färgämnen kan enligt Livsmedelsverkets bedömning ge vissa personer hudutslag.

Ohälsa kan även orsakas, oftast kortvarigt, av matförgiftningar. Här är mörkertalet stort men okänt eftersom de som blir sjuka inte anmäler det och sjukvården inte kontaktar kommunens miljökontor då man misstänker matförgiftning. Kommunerna rapporterar inte heller systematiskt till Livsmedelsverket. De matförgiftningar som rapporteras visar alltså bara toppen av ett isberg. En intervjuundersökning som Livsmedelsverket gjorde år 1994 antydde att det kan vara så många som 500 000 personer som årligen drabbas. Av dem som var matförgiftade

³⁰ Socialstyrelsen. *RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling*. 1999.

³¹ Livsmedelsverket. *Organiska miljöföreningar* 990511.

³² Livsmedelsverket. *Föreskrift SLVFS* 1999.28.

ansåg sig hälften ha blivit sjuka av mat som de ätit hemma och hälften av mat som de ätit ute.³³

8.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Vad påverkar matvanorna?

Ätandet – matvanorna – är också ett sätt för människor att uttrycka identitet och social och kulturell tillhörighet. Matvanor styrs av individens erfarenhet, upplevelser och av vilken praktisk och teoretisk kunskap man har. Förnuftsskäl har ganska liten inverkan på vanorna så länge man mår bra och inte känner sig hotad av sjukdom. Sju av tio svenskar anser sig inte behöva ändra sina matvanor eftersom man, enligt egen bedömning, redan äter hälsosamt.³⁴ Matvanor påverkas också i hög grad av yttre, strukturella, faktorer, som ekonomi, arbete, t.ex. skiftarbete, boende, infrastruktur och utbud av livsmedel och måltider. Vissa inslag i EU:s jordbrukspolitik motverkar t.ex. önskvärda kostförändringar. Det gäller bl.a. subventioner av standardmjölk till skola och förskola och att frukt och grönsaker kasseras för att priserna skall kunna hållas uppe.^{35,36}

Det som människor själva upplever som hinder för att äta hälsosamt är framför allt brist på tid eller oregelbunden arbetstid, att man inte vill eller inte har styrkan att avstå från mat man tycker om samt att man saknar praktisk kunskap eller möjligheter att tillaga och förvara mat.³⁷

³³ Lindqvist R, Andersson Y, de Jong B, Norberg P. *A summary of reported food borne diseases in Sweden 1992 to 1997*, draft April 1999. Livsmedelsverket.

³⁴ Kearney M, Gibney MJ, Martinez JA, de Almeida MDV, Friebe D, Zunft HJF, Widhalm K, Kearney JM. Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of the European Union. *Eu J Clin Nutr.* 1997;51, suppl 2, 30–35.

³⁵ Dahlgren G, Nordgren P, Whitehead M. *Health impact assessment of the EU Common Agricultural Policy*. The Swedish National Institute of Public Health 1997:36. Stockholm.

³⁶ Hartman von F. *Uppföljning av EU:s subventioner av mjölk och mejeriprodukter till skolor och daghem*. Folkhälsoinstitutet, f-serien 1997:4. Stockholm.

³⁷ Lappalainen R, Saba A, Holm L, Mykkanen H, Gibney MJ. Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *Eu J Clin Nutr.* 1997;51, suppl 2, 36–40. 1997.

Sambandet mellan levnadsvanor och social tillhörighet är tydligt också när det gäller matvanorna. Grupper med lägre socialgrupps-tillhörighet anger t.ex. att priset är en av de faktorer som har störst betydelse när man skall välja mat.³⁸ På samma sätt ser de priset som ett hinder för att äta hälsosamt.

Internationell framtidsforskning pekar mot att industrin och s.k. professionella matlagare kommer att ta över rollen som hemmets producenter av mat.³⁹ I dag förvärvsarbetar både män och kvinnor, vilket leder till ändrade mat och måltidsvanor. Ett pressat tidsschema i vardagen liksom oregelbundna arbetstider styr konsumenternas val av produkter och utvecklingen tyder på att vi köper mer färdiglagat och önskar göra så.⁴⁰ Samtidigt visar forskning att konsumenten misstror auktoriteter och inte minst livsmedelsindustrin i allt högre grad.^{41,42,43,44} Kvinnor, speciellt lågutbildade, oroar sig mer än män över matrelaterade risker, t.ex. felaktiga matvaror och risker förknippade med förekomst av miljögifter och tillsatser.

Under senare år har livsmedelsproducenterna intensifierat sin marknadsföring av s.k. funktionella livsmedel, dvs. vanliga livsmedel som har modifierats i ett eller annat avseende för att ge hälsomässiga fördelar. Som exempel kan nämnas produkter med tillsatta bakteriekulturer. Produkterna är som regel dyrare än motsvarande reguljära livsmedel. Det är okänt hur en ökad användning av funktionella livsmedel kommer att påverka matvanorna i stort. Det är i princip inte tillåtet att i dag marknadsföra produkterna med s.k. hälsopåståenden, dvs. formuleringar som anger att produkten har en viss effekt på hälsan. Det beror bl.a. på att dokumentationen bakom effekter av de enskilda produkterna ibland är bristfällig.

Det ökade utbudet av livsmedel med lågt fettinnehåll, s.k. ”lättprodukter” är positivt liksom minskat saltinnehåll i många livsmedel.

³⁸ Pan-EU Study on Diet and Nutrition. Tabular Report Sweden. March 1996. Dublin: Taylor Nelson AGB. 1996.

³⁹ Menell S, Murcott A, Otterlo van A.H. *The sociology of food, eating, diet and culture*. Sage Publication. London 1993.

⁴⁰ Lennernäs a.a.

⁴¹ Giddens A. Living in post-traditional society, In: Beck U, Giddens A, Lash S. *Reflexive Modernisation. Politics, tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Polity Press. Cambridge 1994.

⁴² Fjellström C. Maten i det moderna samhället. Risk eller njutning? *Scandinavian Journal of Nutrition* Vol, 42:112–115. 1998.

⁴³ Sjöberg L. *Kost och hälsa – riskuppfattningar och attityder*. Rapport 1/96. Uppsala, Livsmedelsverket 1996.

⁴⁴ Grove-White R, Macnaghten P, Mayer S, Wyman B. *Genetically Modified Organisms. Food and Public Attitudes in Britain*. Lancaster University. 1997.

Möjligheter att påverka matvanor

Matvanorna styrs av en mängd faktorer av olika karaktär, såväl individuella som samhälleliga/strukturella (se ovan). Det innebär att det finns många infallsvinklar när det gäller att påverka matvanor. Helt klart är att enbart information som syftar till att öka människors kunskap om sambanden mellan mat och hälsa inte är tillräckligt för att åstadkomma bestående förändringar av matvanorna, i synnerhet inte hos de mest utsatta grupperna.

Matvanor kan betraktas som en del i människors totala livsstils-mönster.⁴⁵

I ett individperspektiv kan förändring av matvanor ses som ett skeende i flera steg, från det att individen uppmärksammar eventuella problem, får ökad insikt, kunskap och tar beslut fram till att nya vanor har befasts. Människor har olika behov av stöd och information beroende på var de befinner sig i denna process.

Många som arbetar med mat och måltider anser att måltiden – särskilt vardagsmåltiden – får en allt lägre status i vårt samhälle. Ett stort antal aktörer inom matområdet samverkar nu kring olika arrangemang för att lyfta fram måltiden som en lustfylld upplevelse och en positiv träffpunkt.

Från skolor i vissa områden finns positiva erfarenheter av att göra frukost tillgänglig för skolbarnen. Barnen får en bra start på dagen och presterar bättre.

Ett framgångsrikt projekt riktat till yrkesförare är det s.k. Vägkrogsprojektet som erbjudit utbildning till restaurangpersonal i syfte att erbjuda lastbilsförare mindre fet och mera hälsosam mat. Projektet, som initierades av Livsmedelsverket, genomfördes i brett samarbete med landsting, kommuner, fackliga organisationer m.fl. under åren 1995–1998. En utvärdering visar att projektet varit framgångsrikt.⁴⁶ Lokal förankring med lokalt ansvar (främst landstingen) för genomförandet är en av framgångsfaktorerna.

Många mindre lunchrestauranger har deltagit i kommunvisa tävlingar om bästa lunchrestaurang. Ett antal lokala projekt har bedrivits som visat att aktiviteter och information i livsmedelsbutikerna verkligen påverkar konsumenternas val.

Erfarenheterna från det s.k. Norsjöprojektet (se nedan) visar på möjligheter att påverka befolkningens matvanor. Det bygger på en

⁴⁵ Forskningsrådsnämnden. *Familjen och hjärtat: en litteraturöversikt*. Rapport 98:10. Stockholm. 1998.

⁴⁶ Pearson M. Maten och jobbet. Lastbilsförarens attityder till maten och jobbet. Kvantitativ studie inom Projekt Vägkrogen. *Livsmedelsverkets rapport 5/98*.

kombination av visst arbete på befolkningsnivå och primärvårdsbaserat arbete på individnivå (screening).

För det befolkningsinriktade programmet Hälsomålet, som drivs av Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, är huvudstrategin att underlätta och stimulera bra och hälsosamma matval. Detta sker genom ett förbättrat utbud av måltider och livsmedel, t.ex. i barnomsorgen och skolan, i lunchrestaurangen och butiken, samtidigt som efterfrågan påverkas i olika befolkningsgrupper. Hälsomålet ger stöd till det lokala arbetet bl.a. genom att riktlinjer utarbetas för offentliga måltider i kommunen och genom att yrkesgrupper som kan tillämpa och sprida kunskapen inom sina respektive organisationer utbildas.

Ett nytt sätt att öka ungdomars intresse för att skaffa kunskap om säker och hälsosam mat är att öppna en webbplats. I alla 15 EU-länderna genomförs under år 1999 nationella kampanjer på temat säkra livsmedel och hälsa med bidrag från EU-kommissionens konsumentdirektorat. I den svenska kampanjen samverkar konsument och producentorganisationer. Webbplatsen innehåller en faktadel och en speldel. I faktadelen kan ungdomarna läsa om allergier, bakterier, genteknik och goda hygienråd i köket. Speldelen – Horror Kitchen – tar fasta på humor och spänning.

Sverige har i dag en stor grupp äldre som fram till hög ålder själva ansvarar för matinköp, tillagning etc. Sverige har världens äldsta befolkning, 17,9 procent är över 65 år, och en ökande andel av befolkningen i glesbygd är äldre. I Norrland är det inte ovanligt med 50 km eller mer till närmaste livsmedelsaffär. Glesbygdsverket arbetar för att lokal livsmedels- och övrig serviceförsörjning skall upprätthållas och utvecklas mot att bli kommersiellt intressant även i gles- och landsbygd.⁴⁷

Att handla livsmedel på nätet är möjligt sedan en tid och kan för kommande generationer äldre och personer bundna till hemmet bli en värdefull möjlighet att skaffa livsmedel.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

I Sverige förekommer endast sporadisk insamling av data om befolkningens matvanor och matrelaterade hälso-/ohälsoindikatorer som t.ex. övervikt och blodfetter. De studier som förekommer kan indelas i nationella och regionala studier som t.ex. landstingens befolkningsenkäter. Avsaknaden av regelbundna undersökningar, såväl rikstäckande

⁴⁷ Glesbygdsverket. *Service i gles- och landsbygd. Analys och förslag till åtgärder*. 1997.

som riktade, gör att vi i dag inte har möjlighet att riktigt bedöma hur matvanorna förändras och hur eventuella förändringar är kopplade till hälsoutvecklingen.

Den senaste tidens larmsignaler om alltmer dioxin och PCB i maten föranleder stark uppmärksamhet inom området, särskilt som foster och barn är känsligast för toxiska effekter.

Ökad kunskap behövs om metoder för att förebygga och åtgärda övervikt och fetma.

Det vore angeläget att få reda på vilken inverkan undervisning om mat har på skolungdomars matvanor och kunskaper i matlagning.

Kunskap behövs om invandrargrupperns somatiska hälsa, näringstillstånd, och tillgång till information. Där finns endast en begränsad forskning.

8.2.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

Under de senaste 15 åren har flera statliga kommittéer och arbetsgrupper publicerat målsättningar vad gäller ändrade kostvanor. De näringsmässiga riktlinjerna för en bra kost är formulerade i de Svenska Näringsrekommendationerna (SNR), som bygger på gemensamma nordiska rekommendationer. I de nuvarande svenska rekommendationerna från år 1997 framhålls bl.a. att kostens innehåll av fett inte bör ge mer än 30 procent av energin. Intaget av s.k. hårt fett (summan av mättat fett och av industrin härdat fett, s.k. transfett), i praktiken främst mättat fett från mejeriprodukter, feta köttprodukter och vissa matfetter, bör begränsas till ca 10 energiprocent.⁴⁸ Intaget av kostfibrer bör för vuxna vara 25–35 g per dag. Näringsbehovet tillgodoses lättast om kosten är omväxlande och följer rekommendationerna i matcirkeln.

Första gången konkreta mål på närings- och livsmedelsnivå lades fram var i 1983 års Livsmedelskommittés expertgrupp för kost- och hälsofrågor. Ett par år senare byggde Livsmedelsverket vidare på dessa rekommendationer i sitt Handlingsprogram för kost- och hälsofrågor.⁴⁹

Första gången regeringen tog direkt ställning i kost- och hälsofrågorna var år 1995 då man i ett regeringsbeslut fastställde den Nationella handlingsplanen för nutrition.⁵⁰ Huvudmålet i handlingsplanen är ”Att genom förbättrade mat- och motionsvanor befrämja hälsa samt

⁴⁸ Svenska näringsrekommendationer (SNR). *Vår Föda* 1997;48:7–14.

⁴⁹ Handlingsprogram för kost och hälsofrågor. Livsmedelsverket. *Vår Föda* 1987:39 (5) 192–204.

⁵⁰ Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet 1996.

förebygga sjuklighet och för tidig död i kostrelaterade sjukdomar samt att minska de sociala klyftorna med avseende på dessa sjukdomars förekomst". Delmålen i nämnda handlingsplan är att öka konsumtionen av kostfibrer, minska konsumtionen av fett, säkerställa att livsmedlen inte innehåller främmande ämnen eller smittämnen som medför hälsorisker samt främja amning.

Den nationella handlingsplanen har inte använts i den utsträckning som avsågs. Det beror bl.a. på att planen främst riktar sig till de nationella myndigheterna och att den inte innehåller konkreta mål för det lokala och regionala arbetet. Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket har med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen för nutrition utarbetat operationella mål för myndigheternas arbete för att främja matvanorna och folkhälsan.⁵¹ Dokumentet innehåller också utmaningar till andra aktörer på såväl central som lokal nivå.

Den största delen av folkhälsoarbetet bedrivs i dag lokalt och regionalt med insatser från kommunernas hälsoplanerare, kostchefer och folkhälsoråd, landstingens samhällsmedicinska enheter etc. De flesta av dessa aktörer har uppdraget att främja folkhälsan i stort vilket innebär ett brett arbetsfält med många ämnesområden. Matfrågorna kommer sällan i fokus. Inom matområdet finns inte folkrörelser av det slag som återfinns inom området fysisk aktivitet. Den organisatoriska plattformen för folkhälsoarbetet inom området mat och måltider är svag och ansvarsfördelningen ofta otydlig mellan olika nivåer och aktörer.

Uppnådda effekter

Det är svårt att mäta direkta effekter av insatser som görs för att förbättra matvanorna. Detta gäller såväl nationellt, som regionalt och lokalt.

Ett flertal projekt på regional och lokal nivå i syfte att förbättra bl.a. matvanorna har genomförts eller pågår i landet. Erfarenheterna är blandade. Ett projekt där man har lyckats med att förändra matvanorna är Norsjöprojektet. I en avhandling som behandlar projektet betonas att möjligheterna att lyckas beror på många samtidiga insatser på olika nivåer i lokalsamhället som riktar sig till olika grupper.⁵² Kontinuitet och långsiktighet i aktiviteterna är viktigt samt att insatserna integreras i den ordinarie verksamheten.

⁵¹ Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004. Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1999.

⁵² Weinehall L. *Partnership for health: on the role of primary health care in a community intervention programme*. Thesis. Umeå Universitet. 1997.

8.2.4 Mål och strategier

Mål

1. *Alla skall ha ekonomisk, fysisk och kunskapsmässig tillgång till ett livsmedelsutbud som främjar god hälsa*
2. *Alla skall ha tillgång till opartisk, konkret, saklig och tillämpbar information om säkra livsmedel samt hälsosamma matvanor*
3. *Jordbruks-, skatte- och prispolitik (nationell och inom EU) skall främja säkra livsmedel samt hälsosamma matvanor*
4. *Övervikt skall förebyggas*
5. *Barn och ungdomar skall få tillräckligt med erfarenheter, kunskaper och färdigheter för att göra hälsosamma val av mat och måltider*
6. *Amning skall främjas*
7. *Utbudet av mat i storhushåll skall främja en god hälsa*

Mål, strategier och aktörer

Alla skall ha ekonomisk, fysisk och kunskapsmässig tillgång till ett livsmedelsutbud som främjar god hälsa

Den primära förutsättningen för att målet skall nås är att alla har råd att köpa mat och att det finns ett varierat utbud av mat av god kvalitet till rimliga priser. Prisutvecklingen skall följas genom att det t.ex. finns årliga uppgifter om matkostnadernas del av hushållsbudgeten.

Att stimulera livsmedelsindustrin till att tillverka näringsmässigt balanserad färdigmat och andra produkter som bl.a. kvalificerar sig för nyckelhålmärkning och i marknadsföringen föra fram närings- och hälsomässiga fördelar är en från folkhälsosynpunkt viktig möjlighet att förbättra matvanorna. En annan primär förutsättning är att det finns livsmedelsbutiker som lätt kan nås av befolkningen samt att butikerna är stödjande för hälsosamma val, t.ex. genom exponering, marknadsföring och kunnig personal.

Det är angeläget att framför allt de grupper som har ansvaret för andras mat inom förskolan, skolan och äldreomsorgen ges tillräckliga kunskaper, teoretiskt och praktiskt, för att kunna välja rätt i utbudet av livsmedel.

Alla skall ha tillgång till opartisk, konkret, saklig och tillämpbar information om säkra livsmedel samt om hälsosamma matvanor

Offentlig, opartisk information måste finnas. Alla skall ha tillgång till informationen – även de grupper som är svåra att nå. Särskilda satsningar – till innehåll, form och metod med inriktning på ekonomiskt svaga grupper, vissa funktionshindrade och invandrare med bristfälliga kunskaper i svenska, är nödvändiga för att uppfylla detta mål. Budskapet skall baseras på en sammanvägning av hälsoaspekter, ekologiska och toxikologiska aspekter. Konsumenten kan inte på egen hand skaffa sådan information varje gång hon skall göra ett val. En effektivare utformning av både praktisk och teoretisk information med hjälp av massmedia, IT-teknik m.m. är en utmaning om goda kostråd skall kunna tränga igenom alla andra budskap. Nationella och internationella erfarenheter av hur folkrörelser, konsumentrörelser, idrottsrörelser och massmedia kan engageras bör tas tillvara.

Jordbruks- skatte- och prispolitik (nationell och inom EU) skall främja säkra livsmedel samt hälsosamma matvanor

Jordbruks- och livsmedelspolitiken bör stödja de fastlagda näringsrekommendationerna. I dag subventioneras feta produkter, t.ex. smör och grädde till bagierier samt standardmjölk, i högre grad än mellanmjölk, till skolor och förskolor. EU:s politik inom jordbruks- och livsmedelspolitiken leder också till prishöjningar på frukt och grönsaker samtidigt som konsumtionen av feta produkter gynnas. I det svenska EU-arbetet och speciellt vad gäller den gemensamma jordbrukspolitiken (CAP) är det viktigt att beakta de nutritionella och folkhälsomässiga konsekvenserna av olika beslut om subventionering, importregleringar, kontrollsystem, produktionsbegränsningar och andra åtgärder såsom tillstånd att använda olika livsmedelstillsatser.

Övervikt skall förebyggas

Övervikt och fetma är på väg att bli ett stort folkhälsoproblem och därför behövs allmänt hälsofrämjande åtgärder, möjligheter till fysisk aktivitet, tillgång till god och balanserad kost till rimliga priser och korrekt information via medier. Problemen med övervikt och därmed sammanhängande ökande risk för en rad olika sjukdomar är mycket komplexa.

Lokala projekt som omfattar uppsökande och aktiverande åtgärder har visat sig effektiva och bör understödjas.

Primärvården bör inom varje landsting utveckla strategier för det förebyggande arbetet avseende kraftig övervikt och fetma. Kunskapen om metoder behöver öka. Det räcker oftast inte med information, utan gruppverksamheter som t.ex. hos Viktväktarna eller insatser av beteendevetare kan tillföra värdefull kunskap.

Kost och fysisk aktivitet hör intimt samman och utan ökad fysisk aktivitet kommer sannolikt effekterna av kostförändringar på befolkningsnivå att vara begränsade.

Barn och ungdomar skall få tillräckligt med erfarenheter, kunskaper och färdigheter för att göra hälsosamma val av mat och måltider

Matvanor grundläggs tidigt och det är därför viktigt att förskolan och skolan på ett effektivt sätt ger grundläggande kunskap, såväl teoretisk som praktisk, om mat och matvanor. Lustfyllda, varierade och hälsosamma måltider i förskola, skola, fritidsverksamhet etc. kan ge barn och ungdomar goda pedagogiska exempel varje dag om vad som är bra mat. Mödravårdscentraler, barnvårdscentraler och familjecentraler utgör viktiga arenor för främst individuell hälsofrämjande kostrådgivning. Föräldragrupperna inom barnhälsovården är ett utmärkt tillfälle att stärka de unga föräldrarnas kunskaper och självtillit ifråga om matlagning. Matlagningscirkel inom den öppna förskolan kan vara både ett medel att skapa social gemenskap och sociala nätverk.

I skolan kan skolluncherna ha samma näringsmässiga och pedagogiska funktion som måltiderna inom barnomsorgen. Riktlinjer har utarbetats för dessa av Stockholms läns landsting i samarbete med Livsmedelsverket. Det är viktigt att eleverna har möjlighet att påverka matsedeln. Matkulturen i samhället ändras kontinuerligt och det är angeläget att skolmaten i ökande grad anpassas till barns och ungdomars smakpreferenser. Dessutom bör ämnena Hemkunskap samt Idrott och hälsa mer än i dag anlägga ett hälsofrämjande perspektiv och ge eleverna praktisk vardagskunskap om mat och måltider som är gynnsamma för hälsa, miljö och ekonomi

Barn och ungdomar kan även få positiva erfarenheter och kunskaper om bra mat genom sina fritidsaktiviteter – särskilt genom fritidsgårdar och idrottsrörelsen. Ledarnas attityder och goda föredöme är av stor betydelse. Fritidsgårdens och idrottshallens utbud av mellanmål och mat som serveras på läger och matchresor ger också mycket viktiga signaler.

Många personalgrupper som kommer i kontakt med mat och måltider, t.ex. personal vid förskolor, skolor, inom vården och äldreomsorgen har i dag en mycket kort utbildning om matens och måltidens betydelse. Visserligen antar varje studieort sina lokala kursplaner, men det är

angeläget med en nationell samordning för att förstärka utbildningen om matens och matvanornas näringsmässiga, hygieniska, sociala, kulturella och gastronomiska aspekter.

Det är mycket viktigt att kunskaper och färdigheter förmedlas på ett sådant sätt att de ger de bästa förutsättningar för en sund syn på mat och kroppsvikt. Detta för att förhoppningsvis förebygga utvecklingen av såväl övervikt som ätstörningar.

Amning skall främjas

Det finns i dag mycket kunskap om fördelarna med amning. Bland annat vet man att amning stärker barnets infektionsskydd. Det finns anledning att ge de personalgrupper som möter nyblivna mödrar information om dagens kunskap så att de på bästa sätt skall kunna stödja mödrarna när det gäller amning.

Utbudet av mat i storhushåll skall främja god hälsa

Storhushåll och restauranger i Sverige svarar för en betydande del av den mat svenska folket äter. De serverar dagligen 5,2 miljoner måltider (1998) varav drygt hälften inom den offentliga sektorn och knappt hälften inom den privata. Maten som serveras där är ofta för fet. All skattefinansierad matsservering bör uppfylla svenska näringsrekommendationer.

Livsmedelsproducenter bör utveckla och marknadsföra s.k. energi-anpassade produkter så att det alltid finns ett bra alternativ att välja. Konsumentupplysning bör införas på måltider i storhushåll/lunch-restauranger. "Nyckelhålmärka" luncher är en väg att gå.

Många äldre är beroende av kommunernas måltidsservice. Syftet med denna bör vara att stärka de äldres hälsa samt öka deras fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. En god mathållning bland äldre bör bl.a. omfatta stöd till vidmakthållande av äldres sociala nätverk. I vissa fall kan det vara viktigt att äldre får mat tillagad hemma. De problem med undernäring som har uppmärksammats på sjukhem är dels en omvårdnadsfråga, dels en fråga om kunskap.

Storhushållens personal behöver i många fall kunskap och inspiration till förändring. Grundutbildningen inom storhushållsområdet måste bättre än hittills förmedla kunskap om hälsosamma matlagningsmetoder och menyplanering. Personal som redan arbetar i storhushållen behöver återkommande fortbildning och stöd. Särskilt angeläget är det att nå personal inom barnomsorgen och skolan.

Ett steg mot en bra måltidsservice kan vara kontinuerlig kvalitetsuppföljning och att kommunerna antar kostpolitiska mål. I kvalitetsarbetet ingår även att stimulera konsument- och brukarmedverkan, t.ex. i skolor, på arbetsplatser och inom äldreomsorgen. Ett ökat engagemang av konsumenter och brukare tillför producenter, leverantörer och personal värdefull kunskap.

8.3 Fysisk aktivitet

8.3.1 Bakgrund, nuläge och prognos

I det moderna samhället finns en paradox vad gäller fysisk aktivitet. Vi behöver i allt mindre utsträckning använda oss av våra kroppskrafter för vår överlevnad men samtidigt måste vi röra oss regelbundet för att må bra. De dagliga aktiviteterna ställer allt mindre krav på fysisk ansträngning – bl.a. genom förbättrade kommunikationer – vilket medför att människor inte behöver röra sig lika mycket som förr. Det fysiologiska och medicinska behovet av kroppsrörelse har dock inte minskat, vilket innebär att behovet av regelbunden kroppsrörelse kvarstår. Kunskaperna om betydelsen av fysisk aktivitet för god hälsa och livskvalitet ökar, men omsättningen av dessa insikter i praktiken varierar högst avsevärt.

Förekomst av fysisk aktivitet i befolkningen

Först måste en distinktion göras mellan fysisk aktivitet och olika former av frivilligt vald idrott, motion, friluftsliv etc. Fysisk aktivitet inbegriper alla former av fysisk aktivitet; under arbete, på väg till och från arbetet, i hemmet, under fritiden etc. Vi har ofullständiga kunskaper om den totala omfattningen och inriktningen av samhällsmedborgarnas fysiska aktivitet, men vad gäller en viktig del av denna fysiska aktivitet, nämligen idrotts- och motionsutövning, har vi säkrare information.

Fysisk aktivitet i den vuxna befolkningen

I den så kallade LIV 90-studien undersöktes motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska män och kvinnor i åldrarna 20 till 65 år.⁵³ I detta representativa urval av 2 400 personer från åtta län i Sverige redovisade kvinnor och män i ett intervjuformulär bl.a. sina motionsvanor.

Valet av motionsform och ansträngningsnivå var relaterat till både könstillhörighet och ålder. Nära hälften av männen, men bara en dryg tredjedel av kvinnorna, i åldern 20 till 34 år uppgav att de ägnade sig åt motionsutövning där de blev svettiga och andfådda minst en gång per vecka. Motsvarande andel bland dem i 35 till 49 års ålder var cirka en fjärdedel. I åldrarna över 50 år var det endast sju procent bland männen och elva procent bland kvinnorna, som ägnade sig åt sådan ansträngande motion.

När det gäller motion på en något lägre nivå – minst två gånger i veckan med en ansträngningsgrad motsvarande minst snabb promenad – så var könsskillnaderna små medan ålderskillnaderna var uttalade. Omkring hälften av 20–29-åringarna var med denna definition motionärer. Andelen utövare sjönk sedan med stigande ålder för att uppgå till ca en femtedel i åldrarna 50 till 65 år. Med denna ganska generösa definition av motion kan således ungefär en tredjedel av den vuxna svenska befolkningen sägas vara motionsutövare. Om kravet ökas till tre gånger i veckan, med samma ansträngningsgrad, minskar andelen utövare markant. Det var betydligt fler yngre män än kvinnor som var aktiva på denna nivå eller högre – 45 jämfört med 28 procent – medan andelen medelålders utövare endast uppgick till mellan 10 och 15 procent.

Av denna tvärsnittsstudie framgår att andelen motionärer sjunker med stigande ålder. En uppföljning av ca 2 000 personer från 15 till 41 års ålder visar dock en delvis annan bild.⁵⁴ Andelen aktiva sjönk mycket kraftigt under tonåren medan andelen motionsutövande kvinnor ökade mellan 25 och 30 års ålder för att sedan vara lika stor t.o.m. 41 års ålder. I denna ålder var det ungefär lika många kvinnor som män som var aktiva, dvs. ca 40 procent, om snabb promenad minst en gång per vecka används som kriterium. Det visade sig också vara betydligt fler unga vuxna mellan 20 och 25 års ålder, som motionerade på denna nivå i

⁵³ Engström L.-M, Ekblom B, Forsberg A, v Koch M. och Seger J. *LIV 90. Livsstil – Prestation – Hälsa. Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20–65 år.* FOLKSAM, 1993.

⁵⁴ Engström L.-M. *Idrottsvanor i förändring.* HLS Förlag, 1989 samt Engström L.-M. *Idrott som social markör.* HLS Förlag, 1999.

början av 1990-talet än 20 år tidigare. Bland kvinnorna var det nästan dubbelt så många.

Fysisk inaktivitet är en mycket stor medicinsk riskfaktor. Andelen som inte nådde upp till en timmes vardagsmotion per dag och som heller inte ägnade sig åt någon som helst form av frivilligt vald motion var ca 10 procent av kvinnorna och 20 procent av männen i LIV-90-studien. Vidare fann man vid en sammanslagning av vardagsmotion (som att städa, gå i trappor, gå till bussen etc.), samt fysisk aktivitet under arbete och fritid, att ungefär en tredjedel av männen och ca en fjärdedel av kvinnorna i åldern 35 till 49 år hade en låg eller mycket låg fysisk aktivitet. Sammantaget visar detta att minst en fjärdedel av vuxna kvinnor och män i åldrarna 20 till 65 år är så fysiskt inaktiva att de befinner sig i en hälsomässig riskzon.

Fysisk aktivitet bland barn och ungdom

Idrott är den i särklass populäraste organiserade fritidsaktiviteten bland barn och ungdom. Betydligt fler än hälften av alla barn i 10–12-årsåldern och ungefär hälften av alla tonåringar är aktiva medlemmar i idrottsföreningar.⁵⁵ Pojkar är oftare medlemmar än flickor. Barn- och ungdomsidrotten har dock ändrat karaktär sedan slutet av 1960-talet. Under 1960- och 1970-talet idrottade de flesta ungdomar på egen hand utan att vara medlemmar i någon idrottsförening. Fram till mitten av 1980-talet ökade sedan andelen medlemmar i idrottsföreningar och då särskilt bland flickor samtidigt som spontanidrottandet sjönk. Idrottsutövningen blev med andra ord allt mer institutionaliserad. Därefter har, under 1990-talet, medlemsanslutningen stagnerat eller t.o.m. gått tillbaka. Den s.k. spontanidrotten, den vanligaste aktivitetsformen under 1960- och 1970-talet, hade nästan försvunnit i slutet av 1980-talet men under 1990-talet tycks en viss ökning ha ägt rum: nu i helt nya former som skateboard- och inlineåkning.

En viktig notering är att antalet barn och ungdomar som inte alls ägnar sig åt regelbunden idrottsutövning har ökat under de senaste decennierna. Om fysisk träning flera gånger i veckan, på en ansträngningsnivå motsvarande joggning eller högre, ställs som krav finner man att långt fler än hälften inte når upp till denna nivå. Här finns dock stora regionala skillnader. Även om skolans idrottsundervisning medräknas kan konstateras att många barn inte får en tillräcklig fysisk träning.

⁵⁵ Nilsson P. *Fritid i skilda världar*. Ungdomsstyrelsen, 1998.

Idrotts- och motionsvanor i relation till levnadsvillkor och social position

En allt tidigare debut för barn i organiserad idrottsverksamhet – för många redan i 5–7 års åldern – kräver större föräldramedverkan, med bl.a. bilskjuts, innebärande vissa sociala och ekonomiska förutsättningar. En viss social snedrekrytering blir därmed följd och särskilt tydligt blir det om barn i familjer med olika ekonomiska förutsättningar jämförs. Detta förhållande har redovisats i såväl svenska⁵⁶ som internationella⁵⁷ undersökningar och nu senast i en studie som på uppdrag av Riksidrottsförbundet genomförts av Statistiska Centralbyrån av 4 000 ungdomar i åldern 13 till 20 år.⁵⁸ Av denna undersökning framgår att bland de ungdomar som är aktiva medlemmar i idrottsföreningar (ca hälften av samtliga) så återfinns proportionellt fler ungdomar i familjer som bor i villa, har tillgång till bil och där båda föräldrarna finns i hemmet. Att ekonomin kan ha avgörande betydelse framgår av att av dem som bodde i hyreshus så svarade tre gånger så många att det är för dyrt att idrotta jämfört med dem som bodde i villa.

Det finns också stora skillnader i idrottsvanor bl.a. beroende på bostadsort/boendemiljö. En studie på fyra utvalda orter i Sverige visade på mycket stora skillnader både vad gäller medlemskap i idrottsförening och regelbunden fysisk träning på fritid.⁵⁹ I Bengtsfors, liksom i Stockholms innerstad, var ungefär hälften av 16-åringarna medlemmar i idrottsföreningar jämfört med två tredjedelar av ungdomarna i Luleå och endast 21 procent av flickorna i några invandrartäta söderförorter i Stockholm. Bland pojkarna i dessa förorter var dock ca hälften medlemmar.

Beträffande andelen som ägnade sig åt regelbunden träning flera gånger i veckan så var skillnaderna än mer iögonfallande. Flickorna och pojkarna i Luleå var de mest aktiva medan ungdomarna i några av Stockholms södra förorter tillhörde de minst aktiva. 44 procent av flickorna och 58 procent av pojkarna i Luleå uppgav att de tränade regelbundet på fritiden jämfört med 12 respektive 31 procent i stockholmförorterna. Barns och ungdomars idrottsvanor är med andra ord

⁵⁶ Blomdahl U. *Folkrörelserna och folket*, Carlssons Förlag, 1990. Engström L.-M. *Idrottsvanor i förändring*. HLS Förlag, 1989. Larsson B. och Nilsson P. Ungdom – fritid – idrott. *Svensk Idrottsforskning*, 3, 1997. Nilsson P. *Fritid i skilda världar*. Ungdomsstyrelsen, 1998.

⁵⁷ De Knop P, Engström L-M, Skirstad B. and Weiss M. *Worldwide Trends in Youth Sport*. Human Kinetics, 1996.

⁵⁸ *Svensk Idrott*, 1999, nr 4, s. 11–13.

⁵⁹ Larsson B. och Nilsson P. Ungdom – fritid – idrott. *Svensk Idrottsforskning*, 3, 1997.

tydligt relaterade till sociala, ekonomiska, etniska och kulturella förhållanden. Skillnaden mellan flickors och pojkars idrottsvanor är olika stor på olika orter. Genomgående är pojkarna mer aktiva än flickorna. Det bör dock observeras att flickorna i Luleå, i ovan nämnda studie, är mer aktiva än pojkarna på någon annan av de undersökta orterna. Flickors och pojkars intresse för idrott är således inte bara könsrelaterat utan även kontextuellt.

Även vuxnas motionsvanor avspeglar levnadsvillkor och social position. Bland medelålders visade det sig i en nyligen rapporterad studie att den egna utbildningsnivån, boendeorten och vänners motionsutövning var mycket tydligt relaterade till benägenheten att ägna sig åt motion. De med många vänner som motionerar, de med hög social position och de som bor i städer är oftare motionsutövare än andra. Bland dem som hade högskoleutbildning i kombination med att de bor i stad och därtill har många vänner som motionerar var 62 procent av kvinnorna och 85 procent av männen regelbundet aktiva med motion (minst en gång per vecka på en ansträngningsnivå minst motsvarande snabb promenad). Motsvarande andelar bland dem med grundskoleutbildning som högsta utbildning i kombination med att de bodde på landsbygden och därtill hade få eller inga vänner som motionerade var 21 respektive 15 procent.⁶⁰ Under de senaste decennierna har också andelen motionsutövare ökat betydligt mer bland tjänstemän än bland arbetare.⁶¹

Idrotts- och motionsvanor är kulturella uttryck som tydligt avspeglar sociala och ekonomiska olikheter. Motionsutövning utgör ett tydligt inslag i den växande medelklassens livsstil men förhållandevis få ur arbetarklassen ägnar sig åt sådan verksamhet. Ekonomiska och materiella villkor ger också olika förutsättningar för deltagande i idrotts- och motionsverksamhet. Människors tillgång till fri tid liksom också olikheter beträffande levnadsvillkor, bostadsförhållanden, ekonomi etc. påverkar möjligheterna till aktivt utövande.

De fysiskt inaktiva – en riskgrupp

I en studie av svenska medelålders kvinnor och män visade det sig att motionsvanorna var mycket starkt relaterade till upplevd hälsa och till rökvanor.⁶² Med konstanthållande av utbildningsnivå så var det nära sju

⁶⁰ Engström L.-M. *Idrott som social markör*. HLS Förlag, 1999.

⁶¹ *LO-medlemmar i välfärden. Om hälsa*. Rapport 10. LO, 1991.

⁶² Engström L.-M. Motion – en livsstil. *Svensk Idrottsmedicin*, nr 1, 1999, s. 16–20.

gångar vanligare att vara ickerökare bland dem som tränade regelbundet och hårt jämfört med dem som var mycket lite eller inte alls aktiva. Bland dem som tränade mycket så var det också nära tolv gånger vanligare att man upplevde sin hälsa som bra eller mycket bra än bland dem som inte tränade alls. Vidare så tänkte de som var måttligt fysiskt aktiva oftare på att äta näringsriktigt än de som var fysiskt inaktiva. De som regelbundet ägnade sig åt motion uppgav också att de hade färre sjukdagar än de som inte motionerade. Sambanden mellan motionsutövning och rökvanor respektive uppgivet hälsotillstånd säger dock ingenting om kausaliteten, dvs. huruvida motionsutövning leder till förändrade vanor och förbättrat hälsotillstånd. Man kan dock slå fast att de som motionerar, oavsett utbildningsnivå, har en mer hälsobefrämjande livsstil än de som inte motionerar.

I tillägg till detta visade sig den sociala positionen vara relaterad till såväl rökvanor som upplevd hälsa. Detta innebär att de som inte motionerar och har låg skolutbildning utgör en tydlig riskgrupp. Förutom att man i denna grupp återfinner dem som inte ägnar sig åt regelbunden fysisk träning så finner man också betydligt fler rökare och fler som upplever sitt hälsotillstånd som sämre.

Effekter för individ och samhälle

Individen

Inom den medicinska forskningen finns sedan ett antal år ett flertal nationella och internationella studier och konsensusrapporter, som visar på ett mycket tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd.⁶³ Fysisk inaktivitet ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom, icke insulinberoende diabetes, benskörhet och vissa cancerformer. Fysisk aktivitet har i vissa fall också visat sig ha en positiv effekt på milda former av depression. Även om andra riskfaktorer hålls under kontroll har fysisk inaktivitet visat sig vara en mycket stark riksfaktor för vissa sjukdomar och för tidig död. Forskning tyder på att fysisk inaktivitet har visat sig ha samma styrka som andra kända riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom som t.ex. höga halter av blodfetter, rökning, högt blodtryck m.m. Forskning tyder på att fysisk aktivitet motsvarande minst 2 000

⁶³ Fentem P.H, Basse E.J. and Blecher A. *The case for exercise*. Sports Council, 1978. Powell. Physical activity and the incidens of coronary heart disease. *Ann. Rev. Public Health*, 8, p 253–287, 1987. Pate R. Physical activity and Public Health. *JAMA*, 273, p 402–407, 1995. U S Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health. A report of the Surgeon General*. GA. Superintendent of Documents. USA, 1996.

kcal (ca 8 MJ) extra per vecka, utöver vanlig fysisk aktivitet, reducerar risken för dödsfall bland medelålders människor (45–54 år) med hälften.⁶⁴

När det gäller den fysiska aktivitetens betydelse för den psykiska hälsan och välbefinnandet är det näst intill omöjligt 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”.⁶⁵ Att idrott, motion och friluftsliv tillhör de populäraste fritidsaktiviteterna talar också för att fysisk aktivitet har stor betydelse för många människors välbefinnande och livskvalitet.

Samhället

Att beräkna den totala samhällskostnaden för medborgarnas fysiska inaktivitet är svårt. Även om idrott och motionsutövning medför vissa skador, olycksfall och överbelastningsskador, som belastar sjukvården, torde nettoeffekten av denna frivilligt valda kroppsövning dock vara positiv. Man vet i dag att fysisk aktivitet har en gynnsam inverkan på, och kan uppskjuta insjuknandet i, icke insulinberoende diabetes, s.k. åldersdiabetes. Den beräknade årliga kostnaden för denna sjukdom med följsjukdomar är ca 6 miljarder kronor. Det är rimligt att anta att en speciell satsning på en förändrad livsstil bland dem som har en etablerad eller latent åldersdiabetes, med bl.a. ökad fysisk aktivitet, skulle kunna innebära mycket stora ekonomiska besparingar. Detsamma gäller andra sjukdomstillstånd, som är tydligt relaterade till den fysiska aktivitetsnivån, t.ex. benskörhet och övervikt.

Vad gäller effekter av friskvårdssatsningar med fysisk aktivitet på arbetsplatser finns publicerade rapporter om positiva effekter med bl.a.

⁶⁴ Paffenberger R.S. and Asnes D.P. Chronic disease in former college students. Forty years of progress: Physical health and fitness. *Am. Coll. Sports Med.*, 40th, Ann. Lectures, p 93–109, 1994. Blair S.N, Kohl H.W, Paffenberger R.S, Clarc D.G, Cooper K.H, Gibbons L.W. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*, 262, s. 2395–2401, 1989.

⁶⁵ Engström L-M. *Idrott som social markör*. HLS Förlag, 1999. Engström L.-M, Ekblom B, Forsberg A, v Koch M. och Seger J. *LIV 90. Livsstil – Prestation – Hälsa. Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20–65 år*. FOLKSAM, 1993.

minskad frånvaro som följd. Vinsterna för företagen översteg vida kostnaderna.⁶⁶

8.3.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

I det moderna västerländska samhället har, som tidigare berörts, stora och framgångsrika ansträngningar gjorts för att vi i vår dagliga gärning inte skall behöva anstränga oss fysiskt. Det gäller såväl i arbetet som i hemmet. Särskilt stora förändringar har skett inom kommunikationsområdet. Inte minst bilen men också centralt placerade hissar och rulltrappor framstår som självklara och bekväma alternativ vid förflyttning. Den nya tekniken har gjort det möjligt att undvika fysisk ansträngning och även om det är svårt att med säkerhet belägga så är det uppenbart att flertalet individer i den moderna västvärlden för ett mer stillasittande liv än tidigare generationer. Den ökade kroppsvikten kan vara en indikator på detta.⁶⁷

En sådan livsföring är dock, som tidigare påpekats, inte utan problem. Människokroppen behöver rörelse för att fungera optimalt, men då kroppsrörelse för det stora flertalet inte längre ingår som en naturlig del av det dagliga livet är den moderna västerlänningen hänvisad till att ta särskilda initiativ, som ligger utanför det som vardagen kräver, för att upprätthålla en god fysisk funktionsförmåga. Denna medvetet iscensatta motionsutövning förläggs ofta till särskilda arenor och lokaler, på speciellt arrangerade platser eller i naturområden, som ligger utanför de platser och verksamhetsområden där vardagslivet levs och under den tid som individen kan disponera fritt. Härigenom uppstår och utvecklas olika kulturformer som individen måste förhålla sig till och som kräver en rad investeringar, inlärningsmässigt, socialt, ekonomiskt etc. för att deltagande skall bli möjligt. Detta gäller såväl motionsidrott, tävlingsidrott, friluftsliv som dans. Härav följer att vissa känner stark

⁶⁶ Shepard R.A. A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Med. Sci. Sports Exec.* 24, s. 354–370, 1992.

⁶⁷ Man har i flera studier uppmärksammat att andelen överviktiga ökat markant i västvärlden. I en nyligen genomförd studie av svenska kvinnor och män fann man att en tredjedel hade måttlig övervikt (BMI=25–29) och att därtill 7 procent hade kraftig övervikt (BMI > 29). *A Pan-Eu Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health*. The Institute of European Food Studies. Trinity College. Dublin. Ireland, 1998. (BMI=vikten i kg dividerat med längden i meter i kvadrat).

lust för att delta i vissa motionsaktiviteter, som andra finner ointressanta eller fränstötande.

Parallellt med att den fysiska aktiviteten har förskjutits till fritiden och "kultiverats" så har fritiden i sig kommit att få allt större betydelse i människors liv. Fritidssysselsättningarna utgör, på ett helt annat sätt än förr, väsentliga inslag i människors livsstil och ger nya möjligheter att uttrycka sin personlighet och att visa för andra vem man är. Idrotts- och motionsutövning måste ses ur detta perspektiv och kan inte förstås som ett biologiskt fenomen även om konsekvenserna är biologiska.

Till detta kan läggas att intresset för kroppen, dess utseende och hur den skall kunna kontrolleras och formas, för att inte säga disciplineras, har blivit högst påtagligt. Bevekelsegrunderna för att träna sin kropp behöver således inte bara, eller inte ens i första hand, vara fysiologiska eller medicinska eller vara relaterade till ett rekreationsbehov utan måste också förstås som kulturella uttryck i ett socialt sammanhang. Kroppens utseende och vad man skall använda kroppen till är i högsta grad kulturellt präglad.⁶⁸

Det moderna samhällets utveckling har således medfört att vi generellt rör oss mindre. Vissa grupper har dock kompenserat sig för denna minskade fysiska aktivitet genom att ägna sig åt idrott och motion. I vuxengenerationen gäller detta i första hand de som är yngre och välutbildade och bland barnen i större utsträckning de som växer upp i familjer med förhållandevis god ekonomi. När det gäller barn och ungdom kan också konstateras att antalet obligatoriska lektioner i ämnet idrott har minskat i såväl grundskola som gymnasieskola under de senaste decennierna (en viss mindre ökning har nu skett i grundskolan) och uppgår oftast numera till en eller två lektioner per vecka. Skolans idrottsundervisning tillgodoser således inte barns och ungdomars totala behov av fysisk aktivitet och långt ifrån alla kompenserar detta med frivillig träning.

Påverkansmöjligheter

En viktig del i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är att öka befolkningens genomsnittliga fysiska aktivitetsnivå, främst genom att de inaktiva blir mer aktiva. Mycket talar för att detta skulle få påtagliga positiva effekter på befolkningens allmänna hälsotillstånd. Särskilt gäller detta de mest utsatta grupperna. Det bör dock framhållas att en satsning

⁶⁸ Se vidare Shilling C. *The Body and Social Theory*. London: Sage 1993; Turner B.S. *The Body & Society*. London: Sage 1996; Fagrell B. och Nilsson P. (red.) *Talet om kroppen*. Stockholm: HLS Förlag 1998.

på en ökad fysisk aktivitet inte kan förväntas ge särskilt snabba synliga effekter på människors hälsotillstånd. Detta av två skäl: för det första krävs ett långsiktigt strategiarbete och många olika typer av insatser, både individuella och strukturella för att påverka de fysiskt inaktiva att bli mer aktiva. För det andra tar det också en viss tid, säkerligen flera år, innan den ökade fysiska aktiviteten ger tydliga utslag i t.ex. minskad sjuklighet.

Nationell och internationell erfarenhet visar att man inte når inaktiva grupper i samhället med enbart information. Information är visserligen viktig men leder inte till att någon betydande andel av de fysiskt inaktiva ändrar sin livsstil. Insatserna måste breddas och ta sin utgångspunkt i människors livsvillkor, livsstil och tidigare erfarenheter av idrott, motion och friluftsliv.

Den fysiska aktiviteten kan påverkas på flera sätt. För det första kan en rad åtgärder ske på samhällsnivå. Förbättrad ekonomi och förbättrade levnadsvillkor för utsatta grupper skulle öka möjligheterna för många att ta del av de utbud av aktiviteter som erbjuds. Men det finns också en rad förändringar som kan göras i såväl den yttre som inre miljön som innebär att den fysiska aktiviteten blir en naturlig del av vardagen. Att erbjuda tilltalande gång- och cykelvägar, liksom inbjudande trappor som komplement till hissar och rulltrappor kan utgöra exempel på detta.

För det andra kan insatser göras för att höja befolkningens kunskapsnivå vad gäller den hälsomässiga betydelsen av fysisk aktivitet och de hälsomässiga risker som är förknippade med fysisk inaktivitet. I detta avseende kan stöd ges till olika organisationer, som har sådan verksamhet på programmet. Vidare bör särskild uppmärksamhet riktas mot dem vars livsstil helt saknar inslag av fysisk aktivitet, t.ex. de med dåliga kunskaper och dåligt självförtroende vad gäller idrott, motion och friluftsliv, vilket är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Det är i sammanhanget viktigt att uppmärksamma att fysisk aktivitet inte bara sker genom organiserade aktiviteter utan också genom cykling, promenader, dans, simning, friluftsliv och trädgårdsarbete.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Trots att kunskapsläget vad gäller befolkningens idrotts- och motionsvanor är relativt gott (åtminstone från tonåren upp till övre medelåldern), så är kännedomen om individernas totala fysiska aktivitet ofullständig. Ökad kännedom om människors fysiska aktivitet, dess omfattning, intensitet och frekvens, är en förutsättning för att kunna studera den fysiska aktiviteten i relation till det allmänna hälsotillståndet och till vissa specifika sjukdomar. Här är det angeläget att göra såväl kartläggningar som prospektiva studier.⁶⁹

Idrotts- och motionsaktiviteter utgör en allt större del av många totala fysiska aktivitet. Det är därför viktigt att ha kunskap om omfattningen och inriktningen av dessa aktiviteter samt vilka förändringar som sker över tid. Regelbundet återkommande nationella kartläggningar, t.ex. vart tredje år, vore därför angeläget att genomföra. Här framstår vissa grupper som särskilt angelägna att få ökade kunskaper om. Det gäller bl.a. de yngre barnen, deras fysiska och motoriska aktivitet och möjligheter till utelek, samt de äldres fysiska aktivitet och villkor för kroppsövning. I dessa åldersgrupper finns mycket få studier gjorda. För alla ålderskategorier gäller det att belysa vad som hindrar respektive stimulerar till aktivitet.

Vidare bör framhållas att det finns ett stort kunskapsbehov beträffande påverkansprocesser. Hur påverkas människors uppfattningar om sin egen förmåga, den egna kroppen och lusten att delta i olika fysiska aktiviteter av tidigare erfarenheter av idrott och motion, av omgivningsfaktorer och levnadsvillkor samt av information respektive kampanjer om nyttan av regelbunden fysisk aktivitet? Det vore också angeläget att i olika delar av det svenska samhället i uppföljningsstudier analysera de hälsomässiga effekterna av olika typer av fysisk träning.

Slutligen måste nämnas att skolans idrottsundervisning är närmast utforskad under 1990-talet. Här har stora förändringar skett beträffande såväl läroplaner, antalet obligatoriska lektionstimmar som innehåll. Hur har samhällsutvecklingen påverkat undervisningens innehåll och uppläggning och vilka konsekvenser har dessa förändringar haft för elevernas kunskaper och färdigheter, deras fysiska kapacitet och hälsotillstånd och deras förhållningssätt till egen fysisk träning?

⁶⁹ *Fysisk aktivitet – för nytta och nöje*. Rapport 1999:8, Folkhälsoinstitutet. Stockholm, 1999.

8.3.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

I Sverige finns inte någon antagen nationell handlingsplan för befolkningens fysiska aktivitet. Det finns dock angivna mål för ämnet "idrott och hälsa" i läroplanerna för grund- respektive gymnasieskolan. Kursplanerna är styrdokument och för grundskolan sägs bl.a. "Idrott, friluftsliv och olika former av motion och rekreation har stor betydelse för folkhälsan. Därför är det viktigt att barn och ungdom får kunskap om hur den egna kroppen fungerar och hur man genom goda matvanor, regelbunden fysisk aktivitet och friluftsliv kan förbättra sitt fysiska och psykiska välbefinnande". Eleverna skall i slutet av nionde skolåret bl.a. "förstå sambandet mellan mat, motion och välbefinnande".

Den sammanlagda obligatoriska tiden för ämnet "idrott och hälsa" under grundskolans nio år är 500 timmar (60 minuter), vilket motsvarar ungefär två 40-minuters lektioner per vecka.⁷⁰ I gymnasieskolan varierar det sammanlagda antalet timmar mellan de olika programmen från 80 till 130. Vad gäller grundskolan tillhör Sverige de nationer i Europa som har minst antal obligatoriska timmar i ämnet "idrott och hälsa". Antalet lektioner i detta ämne har minskat under de senaste decennierna samtidigt som de s.k. friluftsdagarna kraftigt reducerats. Den enskilda skolan har betydligt större möjlighet än tidigare att påverka tidstilldelningen för idrott och friluftsliv. Antalet lektioner i ämnet idrott och hälsa, liksom antalet friluftsdagar, kan därför variera mellan olika skolor. På vissa skolor förekommer ingen friluftsverksamhet av betydelse som att vara ute i skog och mark eller att åka skidor eller skridskor.

Idrottsutredningen, som presenterade sitt betänkande 1998⁷¹, hade som uppdrag att utvärdera det statliga stödet till idrotten och föreslå nya, tydliga mål för detta stöd. Som övergripande mål för detta stöd till idrotten föreslogs följande.

"Statens stöd till idrotten skall stärka sådan allmännyttig ideellt organiserad, demokratisk och medlemsstyrd barn- och ungdoms-, motions- och tävlingsverksamhet som omfattar en betydande andel av befolkningen oberoende av kön, social och etnisk tillhörighet, eller fysiska och psykiska förutsättningar".

⁷⁰ I tillägg till detta kan den enskilda skolan ha en särskild profil med en inriktning mot någon form av idrott, dans eller friluftsliv. Dessutom har den enskilda eleven i vissa skolor möjlighet att välja till någon extra form av fysisk aktivitet.

⁷¹ SOU 1998:76. *Idrott & Motion för livet. Statens stöd till idrottsrörelsen och friluftslivets organisationer*. Betänkande av Idrottsutredningen.

I regleringsbrev för år 1998 fick Folkhälsoinstitutet i uppdrag att ta fram och redovisa vilka möjligheter som finns att stimulera till ökad fysisk aktivitet bland de grupper som är minst fysiskt aktiva. Underlaget skulle belysa såväl nationella som internationella erfarenheter samt även beskriva möjliga hälsoeffekter. Uppdraget har redovisats i skriften *Fysisk aktivitet – för nytta och nöje*. I redovisningen av uppdraget föreslogs ett fysiskt aktivitetsår 2001. I regleringsbrevet för år 1999 har Folkhälsoinstitutet fått i uppdrag att i brett samråd med andra myndigheter planera och genomföra en satsning på fysisk aktivitet år 2001.

Uppnådda effekter

Det är synnerligen svårt att med säkerhet uttala sig om i vilken utsträckning de ovan angivna målen har uppfyllts. För att genomföra sådana utvärderingar skulle kontrollerade uppföljningsstudier behöva genomföras, vilket stöter på många praktiska och forskningsmetodologiska svårigheter. Allmänt kan dock följande iakttagelser göras. Visserligen erhåller alla svenska ungdomar undervisning i idrott och hälsa, och får därigenom vissa kunskaper i idrott och om fysisk träning och hälsa, men den tillmätta obligatoriska tiden för ämnet (ca två 40-minuterslektioner per vecka i grundskolan) utgör inte en ur medicinsk och fysiologisk synvinkel tillräcklig fysisk träning. Många barn och ungdomar ägnar sig åt idrott på fritiden, men det gäller långt ifrån alla. I en studie av 15-åringar i Örebro fann man att en tredjedel inte når upp till nivån ”måttlig intensitet sammanlagt minst 30 minuter per dygn”, skolans idrottsundervisning till trots.⁷²

Om övervikt används som en av flera indikatorer på låg fysisk aktivitet visar en studie att omkring hälften av de svenska männen och cirka en tredjedel av de svenska kvinnorna i medelåldern hade måttlig övervikt. Dessutom hade 14 procent av männen och 6 procent av kvinnorna kraftig övervikt.⁷³ En intressant uppgift i sammanhanget är att i denna åldersgrupp ansåg sig fler ha ökat än minskat i vikt under senare tid. Drygt 10 procent rapporterade att de gått ned i vikt medan dubbelt så många, drygt 20 procent, menade att de gått upp i vikt det senaste halvåret.

⁷² Ekelund U. *Tidskrift i Gymnastik och Idrott*, 1997/4.

⁷³ *A Pan-Eu Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health*. The Institute of European Food Studies. Trinity College. Dublin. Ireland, 1998.

Trots att idrott, motion och friluftsliv rymmer stora möjligheter för människor från skilda kulturmiljöer och i olika åldrar att samverka i en gemensam aktivitet (man behöver ju inte ens ha ett gemensamt språk), så bidrar i nuläget inte dessa verksamheter till en ökad jämlikhet mellan människor utan förstärker istället de skillnader som redan finns mellan individer med olika sociala villkor. Förutsättningarna att bedriva idrott, motion och friluftsliv som en källa till hälsa och livsglädje framstår som mycket ojämnt fördelade i vårt samhälle. De nya motionsaktiviteterna tycks mest attrahera unga vuxna och yngre medelålders i de övre samhällsskikten. Vikten av att ha tillgång till grönområden såväl i den nära miljön som lite mer på distans för att stimulera till fysisk aktivitet tas även upp i avsnitt 9.2.

Sammanfattningsvis kan konstateras att möjligheterna att ägna sig åt idrotts- och motionsutövning, och det praktiska utövandet är ojämnt fördelade i den svenska befolkningen. Målet att ge alla samhällsmedborgare lika förutsättningar att delta i idrott och motion är därför långt ifrån uppfyllt.

8.3.4 Mål och strategier

Mål

1. *Varje skoldag skall innehålla moment av fysisk aktivitet och ämnet idrott och hälsa ges större utrymme på schemat*
 - Skolgårdarna skall vara planerade så att spontan fysisk aktivitet stimuleras.
 - Vägen till skolan skall vara trafiksäker så att barnen utan risk kan gå eller cykla dit.
2. *Skolans undervisning i idrott och hälsa skall bibringa eleverna sådana kunskaper och färdigheter att de stimuleras till egen fysisk aktivitet*
 - Eleverna skall erhålla kunskaper och färdigheter i idrott och friluftsliv i olika former.
 - Alla barn skall lära sig simma.
3. *Arbetsgivare bör stimuleras till att erbjuda någon form av motion under arbetstid eller i anslutning till arbetet*
4. *Alla skall ges möjlighet till fysisk aktivitet i anslutning till bostaden genom att*
 - cykel och gångvägar anläggs,
 - lättillgängliga arenor för spontanidrott bevaras eller anläggs,
 - lektytor för barnen bevaras eller anläggs,
 - grönområden i närheten av bostadsområdena skyddas.
5. *Särskilda insatser skall riktas till äldre*
6. *Särskilda insatser skall riktas till personer som har olika former av funktionshinder, eller är i behov av rehabilitering, för att öka deras möjligheter att ägna sig åt fysisk träning*

Inledande synpunkter

Skolan, och då särskilt undervisningen i idrott och hälsa, är en viktig arena för barn och ungdom när det gäller formandet av ett positivt förhållningssätt till fysisk aktivitet, till den egna kroppen och förmågan och där inläring av kunskaper och färdigheter av betydelse för den egna aktiviteten under fritiden kan äga rum. Fysisk aktivitet i förskole- och skolåldern kan också positivt bidra till en allsidig utveckling såväl kognitivt, socialt som fysiskt/motoriskt. Skolan har en viktig uppgift att tillfredsställa barnens inneboende rörelsebehov, ge möjligheter till en

allsidig rörelseträning, till lek och avspänning samt till inläring av färdigheter anpassade till vars och ens förmåga. Härigenom kan skolan bidra till att skapa ett gott förhållningssätt till fysisk aktivitet och till en positiv kroppslig självbild.

För vuxna bör det ges möjligheter till extra fysisk träning på arbetstid eller i anslutning till arbetet. Dagliga förflyttningar t.ex. till och från skola eller arbetsplats, ger goda möjligheter till regelbunden fysisk aktivitet. Som tidigare framhållits visar vetenskapliga studier att 30 minuters sammanlagd fysisk aktivitet, med måttlig ansträngning, per dag är en bra grund för god hälsa.

Långt ifrån alla vuxna ägnar sig åt idrott och motion. Det finns därför anledning att studera om ytterligare insatser kan göras för att stimulera vuxna till regelbunden kroppsrörelse. Alla skall ha möjlighet att var fysiskt aktiva i enlighet med intresse och förutsättningar. Det gäller inte minst alla med olika typer av funktionshinder.

Under den senaste 20-årsperioden har det blivit fler som säger sig vara motionsutövare, särskilt bland unga vuxna. Det är dock fortfarande en minoritet av den svenska befolkningen som ägnar sig åt regelbunden motion varje vecka. Alla barn får heller inte tillräcklig fysisk träning. Då samtidigt den dagliga fysiska ansträngningen under arbete och i hemmet sjunker är det kommitténs bedömning att vi står inför en mycket allvarlig situation, där ett växande antal i den svenska befolkningen är så fysiskt inaktiva att de löper risk att påtagligt försämra sin hälsa, med personliga problem och samhällsekonomiska konsekvenser som följd. Särskilt allvarlig är situationen för ekonomiskt och socialt utsatta grupper där fysisk inaktivitet kombineras med andra hälsoriskbeteenden som t.ex. rökning.

Mål, strategier och aktörer

Varje skoldag skall innehålla moment av fysisk aktivitet och ämnet idrott och hälsa ges större utrymme på schemat

Barns erfarenheter av fysisk aktivitet och idrott kan vara av största betydelse för deras förhållningssätt till olika former av motion, idrott och friluftsliv som vuxna. Ämnet idrott och hälsa måste därför ges större utrymme i skolan och bör inriktas mot hälsobefrämjande aktiviteter där lek och inläring utgör ett centralt innehåll för de yngre barnen. Fysisk och motorisk aktivitet kan också ha en gynnsam inverkan på den teoretiska inlärningsprocessen förutsatt att verksamheten är individuellt anpassad och allsidig. Alla barn, och särskilt de som på grund av olika funktionshinder har svårt att på egen hand ägna sig åt fysisk aktivitet

och lek, skall ges möjlighet att delta utifrån egna förutsättningar. Inom ramen för skolans idrottsundervisning bör specialutbildade idrottslärare erbjuda barn med särskilda behov en anpassad idrottsundervisning. Skolgårdarna bör också vara utformade så att spontan fysisk aktivitet stimuleras. Också vägen till och från skolan skall vara så utformad att den stimulerar till att gå eller cykla dit på egen hand.

Skolans undervisning i idrott och hälsa skall bibringa eleverna sådana kunskaper och färdigheter att de stimuleras till egen fysisk aktivitet

Samtliga barn nås av skolans undervisning i idrott och hälsa. För vissa barn är denna undervisning deras första och kanske enda kontakt med regelbunden fysisk träning. Av dessa skäl blir skolämnet idrott och hälsa av avgörande betydelse för många barns aktuella men också framtida hälsotillstånd och välbefinnande. Ämnet är också av betydelse för barnens självbild och lust att delta i lek, idrotts- och motionsaktiviteter nu och framgent.

Ämnet måste ges ökat utrymme i skolan med både praktiska och teoretiska inslag. Friluftsverksamhet, att förflytta sig i skog och mark, att kunna simma liksom färdigheter i att göra egna träningsprogram är väsentliga i utvecklandet av baskunskaper för ett framtida fysiskt aktiv liv.

Att öka den fysiska aktiviteten är inte detsamma som att plädera för prestationsinriktad idrott och motion. Det är i första hand lättillgängliga träningsformer som bör komma ifråga där lek och inläring är centrala inslag. Detta ställer nya krav på skolans idrottsämne samt på allmänna levnadsvillkor och närmiljöer.

Idrott, motion och friluftsliv är inte bara viktiga från hälsosynpunkt utan också viktiga för en aktiv och stimulerande fritid. Sker ingen förändring kommer skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper ytterligare att öka både vad gäller livsstilar och hälsa.

Arbetsgivare bör stimuleras till att erbjuda någon form av motion under arbetstid eller i anslutning till arbetet

För vuxna bör det ges möjligheter till extra fysisk träning på arbetstid eller i anslutning till arbetet. Dagliga förflyttningar, t.ex. till och från skola eller arbetsplats, ger goda möjligheter till regelbunden fysisk aktivitet. Som tidigare framhållits visar vetenskapliga studier att 30 minuters sammanlagd fysisk aktivitet, med måttlig ansträngning, per dag är en bra grund för god hälsa.

Det kan medföra betydande ekonomiska vinster för de företag som gör s.k. friskvårdssatsningar, där fysisk aktivitet ingår som ett viktigt inslag. Det bör vara en självklarhet att de anställda erbjuds möjligheter att under arbetstid eller i anslutning till arbetet ägna sig åt någon form av motion. Större företag bör upprätta friskvårdsplaner (jmf jämställdhetsplaner) för sina anställda. Vidare bör arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer på ett aktivt sätt delta i det hälsofrämjande arbetet. Frivilligorganisationernas roll i arbetsplatsrelaterade satsningar på fysisk aktivitet är också mycket viktig och inte minst gäller detta olika utbildningssatsningar.

Alla skall ges möjlighet till fysisk aktivitet i anslutning till bostaden

För att stimulera till fysisk aktivitet i lokalsamhället bör cykel- och promenadvägar anläggas som är skilda från övrig trafik. Fler och lättillgängliga arenor för spontanidrott bör anläggas i närheten av bostadsområdena. Det är av yttersta vikt att barnen har rika möjligheter till lek och idrott i anslutning till bostaden i riskfria miljöer och att grönområden som lämpar sig för friluftsliv skyddas, så långt det är möjligt. Detta är speciellt angeläget i storstadsområdena där tillgången på grönområden är begränsad.

Särskilda insatser skall riktas mot äldre

Alla medborgare skall oavsett ålder och bostadsort ha möjligheter att promenera och cykla på ett säkert sätt i anslutning till bostaden. Av särskild vikt är att det finns närbelägna grönområden för promenader och friluftsliv. De äldres situation måste här särskilt uppmärksammas.

Betydelsen och effekten av regelbunden fysisk aktivitet hos äldre är mycket stor. Äldre har, jämfört med yngre friska människor, mindre marginaler mellan fysisk kapacitet och de krav som vardagslivet ställer varför regelbunden fysisk aktivitet bland äldre är särskilt angeläget. Arbetsplatsen bör erbjuda sina pensionerade medarbetare möjligheter till regelbunden motionsutövning. Pensionärsföreningar och andra organisationer bör stimuleras att anordna gruppaktiviteter för pensionärer som t.ex. promenader och dans. Äldre inom särskilda boendeformer bör särskilt uppmuntras till fysiska aktiviteter. Alla måste ges möjligheter att träna på sin nivå. Även den som är i behov av rullator eller rullstol bör uppmuntras till extra fysisk aktivitet för att höja sin fysiska kapacitet och livskvalitet.

Särskilda insatser skall riktas till personer som har olika former av funktionshinder, eller är i behov av rehabilitering, för att öka deras möjligheter att ägna sig åt fysisk träning

Långtid arbetslösa och långtidssjukskrivna tenderar att bli fysiskt inaktiva. Detta försvårar rehabilitering och återanpassning till arbetslivet. Försöksverksamhet i olika delar av landet, med särskild fysisk träning för sådana grupper, visar på positiva hälsoeffekter varför sjukvården och arbetsförmedlingarna bör ta ansvar för upplysning om hur och var individen kan bli mer fysiskt aktiv. Människor som genomgår behandling inom sjukvården, t.ex. opereras, tappar ofta en stor del av den fysiska prestationsförmågan efter genomförd behandling. Efter sjukdom eller operation erhåller många människor en god klinisk rehabilitering men trots detta lämnar de ofta sjukvården med en mycket låg fysisk prestationsförmåga. Detta innebär att återanpassningen till ett normalt arbets- och vardagsliv försvåras och att risken för skador och besvär av olika slag är stor. Särskilt utsatta är äldre personer och personer med övervikt.

I anslutning till den institutionella sjukvården bör aktivitetsgrupper bildas för träning inför och rehabilitering efter sjukhusvård. Eftersom övervikt är ett växande problem bör särskilda aktivitetsgrupper bildas i samverkan med frivilligorganisationerna. Över huvud taget bör "fysisk aktivitet på remiss" bli en naturlig fortsättning på den normala kliniska rehabiliteringen med målet att en normal fysisk prestationsförmåga skall uppnås.

8.4 Avslutande bedömning

Maten bör först och främst vara en friskfaktor för fysiskt och psykiskt välmående och för optimala prestationer i vardagen. I andra hand bör maten ses som en riskfaktor för utvecklingen av sjukdomar, av vilka många kallas välfärdssjukdomar. De flesta konsumenter är i dag 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, kunskap, smakpreferenser och svårigheten att ändra ett invant beteende. Även när det gäller betydelsen av fysisk aktivitet för god hälsa och livskvalitet ökar kunskaperna, men omsättningen av dessa insikter i praktiken varierar beroende på kön, ålder, levnadsvillkor och social situation.

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. Man bör också verka för att de grupper som har ansvaret för andras mat inom bl.a. förskolan, skolan, hälso- och sjukvården samt 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.