

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

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

Genom beslutet bemyndigades socialministern att utse ledamöter, sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde som fordras för att utföra uppdraget. Kommittén inrättades först under våren 1997.

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

Nationella folkhälsokommittén har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier, kommun- och landstingsförbunden, statliga myndigheter, den fackliga rörelsen, forskarvärlden m.fl. Många har medverkat i kommittén och sekretariatet sedan utredningen startade. Detta framgår av kommitténs delbetänkanden. Här redovisas de personer som har medverkat i arbetet med slutbetänkandet.

F.d. riksdagsledamoten Margareta Persson förordnades 1996-12-09 att vara ordförande i kommittén.

1997-03-24 förordnades följande personer att som ledamöter ingå i kommittén: trafiktekniker Agneta Börjesson (mp), riksdagsledamot Leif Carlson (m), utredningssekreterare Cecilia Carpelan (fp), överläkare Eva Lannerö (kd), distriktsläkare Lars Weinehall (c) och riksdagsledamot Conny Öhman (s). Landstingsråd Gunnar Ågren (v) som förordnades vid samma tidpunkt medverkade t.o.m. 1999-10-30 och efterträddes fr.o.m. den 1 februari 2000 av regionråd Carina Åström (v).

Sakkunniga i utredningen har genom förordnande varit fr.o.m. 1998-08-10 Kerstin Blom Bokliden, miljö- och hälsoutredare vid Svenska

Kommunförbundet, fr.o.m. 1998-03-01 Maria Enggren, departementssekreterare vid Socialdepartementet, fr.o.m. 1998-06-01 Måns Rosén, professor och direktör vid Socialstyrelsen, fr.o.m. 1998-07-01 Douglas Skalin, utredningschef vid Landstingsförbundet och fr.o.m. 1999-11-01 Gunnar Ågren, generaldirektör vid Folkhälsoinstitutet.

Som experter förordnades fr.o.m. 1997-04-23 Finn Diderichsen, professor vid Karolinska institutet, Kerstin Hildingsson, ombudsman vid SACO, Pelle Johansson, projektledare vid Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, Carin Lyckéus, utredare vid Vårdförbundet och Carina Nilsson, utredare vid LO. Övriga experter har varit fr.o.m. 1999-10-01 Olof Björlin, utredningssekreterare vid Sveriges Pensionärsförbund, fr.o.m. 1997-08-15 Christer Hogstedt, professor vid Arbetslivsinstitutet, fr.o.m. 1997-04-25 Helena Kivisaari, ombudsman vid Sverigefinska Riksförbundet, fr.o.m. 1997-10-24 Kjell Nilsson, folkhälsodirektör, fr.o.m. 1999-11-01 Britt-Inger Stoltz, undervisningsråd vid Skolverket, fr.o.m. 1997-10-24 Leif Svanström, professor vid Karolinska institutet och fr.o.m. 1997-08-15 Töres Theorell, professor vid Institutet för Psykosocial Medicin.

Huvudsekreterare i kommittén har sedan 1999-10-01 varit Bernt Lundgren, socionom och ekonomisk historiker. Övriga sekreterare har varit fr.o.m. 1999-05-17 Lillemor Cedergren, socionom och MPH, fr.o.m. 2000-03-01 Isak Reichel, fil.mag, fr.o.m. 2000-01-01 t.o.m. 2000-09-30 Malena Sjöberg, journalist och fr.o.m. 2000-03-01 Susanne Öhrling, M.A.

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

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

Regeringen överlämnade 1998-05-20 till Nationella folkhälsokommittén betänkandet En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet (SOU 1997:119) jämte remissvar.

Regeringen överlämnade 1999-09-30 till Nationella folkhälsokommittén Handlingsplanen mot tobak, exklusive de delar som behandlar EG-direktiven om förbud mot indirekt tobaksreklam, samt remissvaren och sammanställningen över handlingsplanen.

1999-12-22 överlämnade regeringen till Nationella folkhälsokommittén två skrivelser från Riksförbundet Hälsöfrämjandet.

Regeringen bad 2000-01-24 Nationella folkhälsokommittén lämna förslag på en företrädare för kommittén att delta som expert i utredningen om Radon i bostäder och vissa lokaler m.m.

Nationella folkhälsokommittén överlämnade i mars 1998 till Socialdepartementet ett delbetänkande med titeln *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1998:43). Det betänkandet hade till syfte att redovisa några utgångspunkter och principer som bedömdes vara vägledande vid formulerandet av nationella folkhälsomål och strategier. Betänkandet remitterades av kommittén till drygt 500 remissinstanser och remissvaren var ett viktigt underlag för arbetet med nästa delbetänkande, *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137). Detta betänkande överlämnades till Socialdepartementet i december 1999. Betänkandet sändes på remiss av kommittén till ett stort antal remissinstanser, vars synpunkter har utgjort ett betydelsefullt underlag till arbetet med föreliggande slutbetänkande.

För att få vetenskapligt underlag till betänkandet har ett stort antal experter och forskare bidragit med att ta fram fakta. Kommittén har gett ut 19 underlagsrapporter med bakgrundsfakta.

Utöver ovannämnda betänkanden och rapporter har kommittén gett ut tio debattskrifter i för kommittén aktuella ämnen.

Nationella folkhälsokommittén överlämnar härmed betänkandet SOU 2000:91 *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Betänkandet utgör det tredje och sista steget i en process som resulterat i förslag till nationella folkhälsomål och strategier.

Ledamoten Leif Carlson har lämnat en reservation. Ledamöterna Cecilia Carpelan och Carina Åström har lämnat var sina särskilda yttranden. Sakkunnig Kerstin Blom Bokliden har lämnat ett särskilt yttrande.

Stockholm i oktober 2000

### **Margareta Persson**

Agneta Börjesson  
Leif Carlson  
Cecilia Carpelan  
Eva Lannerö

Lars Weinehall  
Carina Åström  
Conny Öhman

*/Bernt Lundgren  
Lillemor Cedergren  
Isak Reichel  
Malena Sjöberg  
Susanne Öhrling*

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>11</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>21</b>
1    Förslag till folkhälsolag (2000:000) .....	21
2    Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620) .....	23
3    Förslag till lag om ändring i tobakslagen (1993:581) .....	24
<b>1    Uppdrag och arbetsformer .....</b>	<b>29</b>
1.1    Uppdrag .....	29
1.2    Arbetsformer .....	30
<b>2    Hälsoutvecklingen i Sverige .....</b>	<b>35</b>
2.1    Den stadigt ökande medellivslängden .....	35
2.2    Förbättrad hälsa bland äldre och medelålders – försämrad bland yngre .....	36
2.3    De största folksjukdomarna .....	37
2.4    De sociala olikheterna i hälsa består .....	43
<b>3    Några viktiga utvecklingslinjer i samhället och hälsans     bestämningsfaktorer .....</b>	<b>47</b>
3.1    Hälsans bestämningsfaktorer .....	47
3.2    En åldrande befolkning .....	49
3.3    Ökande krav på kvalifikationer och flexibilitet i arbetslivet ...	50
3.4    Förändrade förutsättningar för att bevara sammanhållning och solidaritet i samhället .....	54
3.5    Barnfamiljernas villkor och barnens antal och uppväxt .....	58
3.6    Den fysiska miljön förändras .....	60
3.7    Internationalisering och konsumtionsmönster .....	60
3.8    Tillgången till viktiga hälsovårdstjänster försvåras för låginkomstgrupper .....	61

<b>4</b>	<b>Utgångspunkter för prioriteringar av mål och åtgärder .....</b>	<b>63</b>
4.1	Att öka människors frihet från ohälsans konsekvenser .....	63
4.2	Att minimera ohälsan för de svårast sjuka .....	65
4.3	Effektivitet och jämlikhet .....	66
4.4	Jämlikhet i ohälsans orsaker eller konsekvenser .....	67
4.5	Att på lång sikt stärka den solidariska hälsopolitikens förutsättningar .....	68
<b>5</b>	<b>Vision och övergripande riktlinjer för en god hälsa på lika villkor .....</b>	<b>69</b>
5.1	En god hälsa på lika villkor – vår vision .....	69
5.2	Övergripande riktlinjer .....	70
<b>6</b>	<b>Nationella mål för folkhälsan .....</b>	<b>75</b>
6.1	Inledning .....	75
6.2	Nationella mål, delmål och utmaningar till aktörer .....	79
	Mål 1 Stark solidaritet och samhällsgemenskap .....	81
	Mål 2 Stödjande sociala miljöer för individen .....	87
	Mål 3 Trygga och jämlika uppväxtvillkor .....	91
	Mål 4 Hög sysselsättning .....	97
	Mål 5 God arbetsmiljö .....	102
	Mål 6 Tillgängliga grönområden för rekreation .....	108
	Mål 7 Sunda inne- och utemiljöer .....	111
	Mål 8 Skadesäkra miljöer och produkter .....	116
	Mål 9 Ökad fysisk rörelse .....	121
	Mål 10 Goda matvanor .....	124
	Mål 11 Trygg och säker sexualitet .....	129
	Mål 12 Minskat tobaksbruk .....	133
	Mål 13 Minskat skadligt alkoholbruk .....	139
	Mål 14 Ett narkotikafritt samhälle .....	143
	Mål 15 En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård .....	146
	Mål 16 Ett samordnat folkhälsoarbete .....	154
	Mål 17 Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning .....	162
	Mål 18 Saklig hälsoinformation .....	167
<b>7</b>	<b>Resursbehov under de närmaste åren .....</b>	<b>171</b>
7.1	Samhällsekonomiska kostnader för ohälsan .....	171
7.2	Kostnadseffektiva preventiva insatser .....	174
7.3	Kortsiktiga resursbehov .....	180
7.4	Sammanfattande bedömning .....	188

---

<b>8</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>191</b>
8.1	Förslaget till folkhälsolag (2000:000) .....	191
8.2	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620) ..	194
8.3	Förslaget till lag om ändring i tobakslagen (1993:581) med avseende på restauranger och andra serveringslokaler.....	195
8.4	Förslaget till lag om ändring i tobakslagen (1993:581) med avseende på licenssystem för detaljhandel med tobak .....	204
	<b>Reservation och särskilda yttranden .....</b>	<b>215</b>
	<b>Bilagor</b>	
1	Kommittédirektiv.....	233
2	Indikatorer.....	243

# Sammanfattning

## Kap. 1 Uppdrag och arbetsformer

Nationella folkhälsokommittén har haft till uppdrag att utarbeta nationella folkhälsomål samt strategier för hur målen skall uppnås. Målen skall enligt direktiven vila på vetenskaplig grund. De mål och åtgärder som föreslås redovisas i detta betänkande. För framtagandet av målen har en rad experter och forskare inom olika områden medverkat. Kommittén har gett ut 19 olika underlagsrapporter med kunskapsbakgrunder.

Av direktiven framgår även att kommitténs uppgift är att arbeta utåtriktat och processinriktat. Två delbetänkanden har avgivits och kommittén har i egen regi skickat dessa på remiss till nästan 500 olika instanser. Tio debattskrifter i ämnen som är viktiga från hälsosynpunkt har tagits fram. Konferenser och seminarier har arrangerats. Kommittén har haft överläggningar med politiker och tjänstemän på såväl statlig som kommunal nivå, forskare, representanter för olika organisationer och näringsliv. Vidare har kommittén inbjudit olika aktörer att aktivt följa arbetet under utredningens gång. Kommitténs ordförande har varit arvoderad på heltid och har medverkat vid ett stort antal utåtriktade aktiviteter på lokal och regional nivå.

## Kap. 2 Hälsoutvecklingen i Sverige

I detta kapitel redovisas hälsoutvecklingen i Sverige. Medellivslängden ökar sedan länge i den svenska befolkningen och visar ännu inte några tecken till stagnation. Dödsrisken har minskat i alla åldersgrupper. Det är framför allt nedgången i hjärt- kärlsjukdomar och skador som bidrar till den ökande medellivslängden. Även om överlevnaden förbättras visar andra dimensioner av ohälsan att en positiv hälsoutveckling inte är självklar. Hos medelålders och äldre människor har hälsan förbättrats, men den självskattade hälsan är inte längre lika god hos yngre människor. Bland yngre finns öknings i tre symtomgrupper – allergi och annan överkänslighet, värk i rörelseorganen samt psykiska symtom i form av bl.a. trötthet, sömnbesvär och nedstämdhet. I avsnittet ges en

beskrivning av de största folksjukdomarna. En viktig folkhälsoaspekt är att de stora sociala olikheterna i hälsan består. Personer med kortare utbildning och som tillhör arbetargrupperna löper betydligt högre risk att drabbas av sjukdom och för tidig död än mer utbildade tjänstemän. Dessutom blir konsekvenserna av ohälsa betydligt svårare för arbetargrupper än för andra grupper. Det finns även tydliga hälsoskillnader mellan könen och mellan olika etniska grupper.

### **Kap. 3 Några viktiga utvecklingslinjer i samhället och hälsans bestämningsfaktorer**

Hälsans bestämningsfaktorer och viktiga drag i samhällsutvecklingen som kan påverka hälsan beskrivs i detta kapitel. De folkhälsomål som föreslås tar sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer. Människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsaker till sjukdomar, skador och annan ohälsa. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka orsaker och därmed förekomsten av ohälsa. De förändringar som sker på arbetsmarknaden, av välfärdspolitiken, av barnfamiljernas situation, av det sociala kapitalet i samhället, av konsumtionsmönster och tillgång till hälsovårdstjänster är utvecklingstendenser som belyses i kapitlet och som kan påverka hälsan.

### **Kap. 4 Utgångspunkter för prioriteringar av mål och åtgärder**

När kommittén formulerat sina mål har utgångspunkten varit en humanistisk människosyn, vilket innebär alla människors lika värde samt att de enskilda individerna har frihet att handla. En viktig utgångspunkt för betänkandet är en vision om att alla människor skall ha likvärdiga möjligheter att förverkliga sina strävanden. För att detta skall vara möjligt krävs att de stora skillnaderna mellan olika gruppers hälsa minskar. I betänkandet väljer kommittén att inte definiera vad hälsa innebär. Hälsa är en subjektiv värdering där varje individ har sin egen syn. De förslag som kommittén lägger fram syftar till att förebygga den ohälsa som innebär att individens frihet hämmas.



## **Kap. 5 Vision och övergripande riktlinjer för en god hälsa på lika villkor**

Visionen som föreslås är att nå en god hälsa på lika villkor. Kommittén har formulerat sex övergripande riktlinjer för samhällsutvecklingen. Dessa övergripande riktlinjer ligger sedan till grund för de nationella folkhälsomålen.

### *1. Stärk det sociala kapitalet*

Med socialt kapital avses både den gemenskap som finns mellan medborgarna i närmiljön, och de villkor som i stort främjar ett solidariskt samhälle, som att stora inkomstklyftor och olikheter i levnadsvillkor måste motverkas.

### *2. Utveckla goda uppväxtvillkor*

Hälsan grundläggs under barndomen. För att alla barn och ungdomar skall få likvärdiga uppväxtvillkor är det viktigt att samhället stödjer föräldraskapet och det sociala nätverk som omger barnet.

### *3. Förbättra villkoren i arbetslivet*

Det goda arbetslivet är en förutsättning för hälsan. Det betyder att samhället bör sträva efter hög sysselsättning, en god psykisk och fysisk arbetsmiljö och att utslagning och diskriminering bekämpas.

### *4. Skapa en god fysisk miljö*

Rent vatten, avlopp, ren luft och en giftfri miljö är nödvändigt för en god hälsa. Olika produkters inverkan på hälsan måste uppmärksammas. Miljön i form av naturen och rekreationsmöjligheter har en viktig inverkan på människors möjligheter till återhämtning.

### *5. Stimulera hälsofrämjande levnadsvanor*

Människors levnadsvanor kan påverkas genom att stärka individen till att göra bra val. Samhället bör påverka de miljöer där ohälsosamma levnadsvanor skapas. Av solidaritet med dem som är särskilt sårbara måste vissa restriktioner när det gäller tillgång till t.ex. alkohol och tobak finnas.

### *6. Utveckla en god infrastruktur för hälsofrågor*

Samhällets stödsystem för främjande av en god hälsa är väsentligt. Det är viktigt att staten, landstingen och kommunerna utvecklar det hälsofrämjande arbetet. Ett särskilt ansvar har hälso- och sjukvården.

## Kap. 6 Nationella mål för folkhälsan

Nationella folkhälsokommittén föreslår 18 hälsopolitiska mål med inriktning på bestämningsfaktorerna för hälsan resp. den infrastruktur som behövs för att kunna påverka hälsan. Kapitlet inleds med en beskrivning av hur de olika målen påverkar den psykiska hälsan, sjukdomar och skador. Varje mål konkretiseras i några delmål. Samtliga mål innehåller även vissa åtgärder som är kopplade till olika aktörer samt indikatorer som visar hur de olika målen skall kunna följas upp.

### *Mål 1 Stark solidaritet och samhällsgemenskap*

Hälsan påverkas av hur sociala relationer ser ut på samhällsnivån och genom de sociala band som finns mellan människor. Ett samhälle som präglas av gemenskap mellan människor kännetecknas av en hög grad av ekonomisk och social sammanhållning och med levnadsvillkor som inte skiljer sig allt för mycket mellan olika sociala och etniska grupper. Minskad fattigdom, minskad boendesegregation och kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden är därför angelägna mål för att främja hälsan.

### *Mål 2 Stödjande sociala miljöer för individen*

Människors hälsa formas i ett samspel mellan individuella förutsättningar och den omgivande sociala miljön. Isolering, ensamhet och otrygghet är riskfaktorer för hälsan. Att känna delaktighet, ha möjlighet att påverka sitt liv och ha en känsla av sammanhang är faktorer som gör människor mindre sårbara. En viktig uppgift är att främja stödjande miljöer i lokalsamhället och ge människor möjlighet till delaktighet i förenings-, bildnings- och kulturverksamhet.

### *Mål 3 Trygga och jämlika uppväxtvillkor*

Människors fysiska och psykiska hälsa grundläggs i barndomen. Att främja en trygg anknytning mellan barnet och föräldrarna påverkar den psykiska hälsan. De sociala och ekonomiska villkor som föräldrarna lever under påverkar barnens hälsa. Nära hälften av ohälsan hos barn kan härledas från de omständigheter som familjer lever under. För att barn skall ges goda uppväxtvillkor är en hälsofrämjande förskola och skola av betydelse.

*Mål 4 Hög sysselsättning*

Förvärvsarbete är för de flesta människor den viktigaste källan till försörjning. Arbetet är en viktig bas för människors identitet och sociala liv och får därmed effekter också på hälsan. Arbetslöshet påverkar hälsan. Kommittén vill därför betona betydelsen av hög sysselsättning, ingen diskriminering av invandrare och funktionshindrade på arbetsmarknaden och goda möjligheter för alla till livslångt lärande.

*Mål 5 God arbetsmiljö*

Arbetets villkor, arbetets förläggning i tid och rum och anställningsformer genomgår stora förändringar. Att förändringarna på gott och ont påverkar människors liv och hälsa är uppenbart, men kunskaperna är otillräckliga. Den snabba ökningen av stressrelaterade långtidssjukskrivningar antyder att förändringarna på arbetsmarknaden kan vara ett hot mot folkhälsan på sikt. Kommitténs mål om en god arbetsmiljö handlar om en anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet och minskat övertidsarbete. För att få ytterligare kunskap om vilken betydelse som strukturförändringen i arbetslivet har för hälso-utvecklingen föreslår kommittén att en Arbetslivskommission tillsätts.

*Mål 6 Tillgängliga grönområden för rekreation*

För att människor skall få nya krafter och kunna ta till sig nya tankar och impulser behövs möjligheter till återhämtning genom vila och rekreation. Man vet idag att naturen är en särskilt läkande kraft mot olika stresstillstånd. Kommittén påtalar därför behovet av bullerfria och säkra grönområden i närheten av bostadsområden, stimulerande förskole- och skolgårdar för barn och bra utemiljöer vid särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade.

*Mål 7 Sunda inne- och utemiljöer*

De faktorer som är särskilt angelägna att uppmärksamma när det gäller inomhusmiljön är förekomst av radon, fukt och otillräcklig ventilation samt utsatthet för passiv rökning. När det gäller utemiljön framhåller kommittén betydelsen av en god bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft, rent dricksvatten och en giftfri miljö enligt Miljömålskommitténs förslag.

*Mål 8 Skadesäkra miljöer och produkter*

Det är en viktig hälsofråga att skapa miljöer som minskar risken för skador. Skador kan vara en konsekvens av oavsiktliga händelser som olycksfall, men även av avsiktliga händelser som våld, självmord och självmordsförsök. Det är främst skador på grund av olycksfall som kan förebyggas med skadesäkra miljöer, men även förekomsten av självmord och våld kan i viss mån påverkas genom miljöns utformning. Kommittén vill därför fästa uppmärksamheten på betydelsen av skadesäkra hemmiljöer, trafikmiljöer och andra offentliga miljöer. Dessutom är en minskad användning av hälsofarliga och allergiframkallande produkter angelägen. Att förebygga självmord är en synnerligen viktig del av folkhälsoarbetet. Med goda insatser på olika samhällsområden går självmord att förebygga.

*Mål 9 Ökad fysisk rörelse*

Kroppen är beroende av fysisk aktivitet för att må bra. I dagens samhälle rör vi oss för lite. Det ökande stillasittandet är ett hot mot hälsan på sikt. En halvtimmes måttlig fysisk aktivitet per dag är tillräckligt för att minska risken för många sjukdomar. Det är därför av vikt att den fysiska aktiviteten i skolan och i anslutning till arbetet ökar. Samhället har ett särskilt ansvar för att äldre får komma ut och att funktionshindrade får möjlighet att röra sig på sina egna villkor.

*Mål 10 Goda matvanor*

Maten och våra matvanor påverkar vår hälsa. En riktigt sammansatt kost har en stor betydelse för hälsan, både genom att främja och bevara god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. De flesta är idag medvetna om betydelsen av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Samhället har ett stort ansvar för att se till att de livsmedel som finns är säkra, att livsmedelsmärkningen fungerar och att det finns ett bra utbud i hela landet. Dessutom är det viktigt att alla har tillgång till opartisk information om samband mellan matvanor och hälsa samt att de måltider som serveras inom ramen för offentligt finansierad verksamhet är goda och hälsosamma.

*Mål 11 Trygg och säker sexualitet*

Sexualiteten är en viktig faktor i människors liv och har betydelse för lust och livsglädje. En trygg och säker sexualitet fri från fördomar, diskriminering, tvång, våld och risk för sjukdomar är hälsosam. Kommittén anser att det är angeläget att negativa följder av sexualitet som

sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter motverkas och att ingen skall diskrimineras på grund av sexuell läggning.

#### *Mål 12 Minskat tobaksbruk*

Tobak är den enskilt största hälsorisen i Sverige. Var fjärde rökare dör i medelåldern av sin rökning och ett stort antal sjukdomar beror på rökning. Rökningens negativa effekter drabbar också personer i omgivningen. I Sverige kan ungefär 500 dödsfall per år tillskrivas passiv rökning. Kommittén anser att insatser bör göras för att kraftigt minska rökningen, att alla skall få en tobaksfri livsstart och att ingen utan eget val skall utsättas för rök i sin omgivning. Kommittén lägger därför lagförslag om licenssystem för detaljhandel med tobak och att tobakslagen ändras så att restauranger och andra serveringsställen görs tobaksfria, i likhet med annan offentlig miljö.

#### *Mål 13 Minskat skadligt alkoholbruk*

En stor del av befolkningen uppfattar det som något lustfyllt att dricka alkoholdrycker. Överkonsumtion av alkohol medför dock medicinska skador och sociala problem av stor omfattning. Alkoholen utgör en av de tunga faktorerna bakom våld och olyckor liksom, sjukhusvård och förtidspensioneringar. EU-medlemskapet har förändrat det som tidigare utgjorde viktiga delar av alkoholpolitiken och det svenska samhället står inför en stor utmaning att möta en större tillgång till alkoholdrycker. Ökad information om skadligt alkoholbruk, punktnykerhet och insatser riktade till barn och ungdom kan på sikt minska totalkonsumtionen och alkoholskadorna.

#### *Mål 14 Ett narkotikafritt samhälle*

Det är angeläget att tillgången till narkotika minskar och att färre ungdomar använder eller prövar narkotika. För att nå målet måste det förebyggande arbetet förstärkas. Kommittén betonar att det är angeläget att den svenska staten tillsammans med andra länder bekämpar den pågående attitydförskjutningen och ökade tillgången på narkotika.

#### *Mål 15 En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård*

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skall vara en uppgift för hela hälso- och sjukvården och en självklar del i all behandling. Insatserna på individ-, grupp- och befolkningsnivå bör bli effektivare. Samverkan inom vården och med andra aktörer bör öka. Ökade insatser för icke medikamentell behandling för att möta livsstilsjukdomar behövs. Kommittén föreslår att sex regionala metodcentra för detta byggs upp.

*Mål 16 Ett samordnat folkhälsoarbete*

En god hälsa på lika villkor kan nås genom att många aktörer inom sina resp. områden och i samverkan arbetar för att förbättra folkhälsan. I avsnittet föreslås en ny folkhälsolag med ett hälsoplaneringsansvar för kommuner och landsting. Vidare anges behovet av en utredning av samhällsmedicinska funktioner på regional nivå. På myndighetsnivån är det viktigt att sektorsövergripande strategier utvecklas för att nå de nationella målen. Kommittén förordar att en samordning görs inom regeringskansliet av folkhälsofrågorna. En redovisning av den hälso-politiska situationen och eventuella åtgärder med anledning av det bör ges i en återkommande folkhälsopolitisk rapport till riksdagen. I avsnittet ges förslag till utbildningssatsningar för att de nationella folkhälsomålen skall få genomslag och hur uppföljning och utvärdering bör genomföras.

*Mål 17 Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning*

Det finns idag ett behov av ökad kunskap om hur olika faktorer påverkar hälsoutvecklingen samt hur dessa faktorer samverkar med varandra. Folkhälsoforskningens roll belyses och särskilt viktiga områden för forskningen pekas ut. Det finns även behov av att utveckla metoder för folkhälsoarbete. En förutsättning för ett kompetent folkhälsoarbete är att den folkhälsovetenskapliga utbildningen och fortbildningen förstärks.

*Mål 18 Saklig hälsoinformation*

En av förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor är att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation. I avsnittet beskrivs vad som krävs för att alla skall kunna ta del av saklig information och samhällets ansvar för detta. De olika roller som kommuner, landsting, Apoteket AB, frivilligorganisationer och Folkhälsoinstitutet har belyses.

**Kap. 7 Resursbehov under de närmaste åren**

Den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsan i Sverige är stor och består av både vårdkostnader och indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, förtidspension och sjukpenning. I kapitlet redovisas samhällsekonomiska kostnader för ohälsan samt exempel på kostnads-effektiva preventiva insatser. Kortsiktiga resursbehov beskrivs och för-

slag lämnas på särskilda ekonomiska satsningar som kommittén anser behöver göras under de närmaste åren.

### **Kap. 8 Författningskommentar**

Allmänna och speciella motiveringar till lagförslag om en ny folkhälso- lag, förändringar i tobakslagen angående rökning på restauranger, förslag till ett licensieringssystem för detaljhandel med tobak samt förändring i socialtjänstlagen som kommittén föreslår lämnas här.

# Författningsförslag

## 1 Förslag till folkhälsolag (2000:000)

Härigenom föreskrivs följande.

- 1 § Med folkhälsa avses i denna lag det allmänna hälsotillståndet i befolkningen och i olika grupper, förekomsten och fördelningen av sjuklighet, skada, funktionsnedsättning och dödsfall, orsakerna till förekomsten och fördelningen liksom konsekvenserna för individ och samhälle samt den förändring som sker över tid i nämnda avseenden.
- 2 § Kommuner och landsting har ett ansvar för att främja folkhälsan.
- 3 § I varje kommun och varje landsting skall det finnas en folkhälsoplan, som utvisar hur undvikbar sjukdom, skada, funktionsnedsättning och dödlighet kan förebyggas och hälsa främjas av kommunens och landstingets hela verksamhet. Av planen skall framgå de åtaganden som planeras för att uppnå en bättre folkhälsa.
- 4 § Kommuner och landsting skall vid upprättande av folkhälso-  
planen samverka med myndigheter, organisationer och enskilda för att lösa frågor som har betydelse för folkhälsan. Finns förutsättning för en gemensam lösning, skall den tas tillvara i planeringen.
- 5 § Folkhälsoplanen skall beslutas av kommunfullmäktige respektive landstingsfullmäktige.



- 6 § Kommun och landsting skall på begäran av myndighet som regeringen bestämmer lämna myndigheten uppgifter om fullgörandet av kommunens och landstingets uppgifter enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den...

## 2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom förskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620) att 5 § skall ha följande lydelse.

### Socialnämndens uppgifter

#### *Nuvarande lydelse*

Till socialnämndens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen, informera om socialtjänsten i kommunen, genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre eller som har funktionshinder.

Denna lag träder i kraft den...

#### *Föreslagen lydelse*

#### 5 §

Till socialnämndens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen, informera om socialtjänsten i kommunen, genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för *hälsa och* goda levnadsförhållanden, *i övrigt* svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

### 3 Förslag till lag om ändring i tobakslagen (1993:581)

Härigenom föreskrivs i fråga om tobakslagen (1993:581) att 2, 4, 6, 12, 23 och 27 §§ skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **Begränsning av rökning i vissa lokaler och utrymmen samt på vissa områden utomhus**

##### 2 §

Rökning är förbjuden

1. i lokaler som är avsedda för barnomsorg, skolverksamhet eller annan verksamhet för barn eller ungdom samt på skolgårdar och på motsvarande områden utomhus vid förskolor och fritidshem,

2. i lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård,

3. i lokaler som är avsedda för gemensamt bruk i bostäder och inrättningar med särskild service eller vård,

4. på färdmedel i inrikes kollektivtrafik eller i lokaler och andra utrymmen som är avsedda att användas av den som reser med sådana färdmedel,

5. i andra lokaler än sådana som avses i 1–4 när en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning som avses i 2 kap. 1–3 §§ ordningslagen (1993:1617) anordnas och i lokaler som är avsedda att användas av den som deltar i sammankomsten eller tillställningen, *samt*

6. i andra lokaler än sådana som avses i 1–5 om allmänheten har tillträde till lokalerna.

*Bestämmelserna i första stycket 5 och 6 gäller inte serveringslokaler i restauranger och andra serveringsställen.*

5. i andra lokaler än sådana som avses i 1–4 när en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning som avses i 2 kap. 1–3 §§ ordningslagen (1993:1617) anordnas och i lokaler som är avsedda att användas av den som deltar i sammankomsten eller tillställningen,

*6. i restauranger och andra serveringslokaler, samt*

7. i andra lokaler än sådana som avses i 1–6 om allmänheten har tillträde till lokalerna.

##### 4 §

I hotell och andra inrättningar där tillfällig bostad yrkesmässigt upplåts, skall i ett visst antal av de rum eller liknande som upplåts rökning vara förbjuden. I fråga om sovkupeéer och andra utrymmen som upplåts för tillfällig bostad på färdmedel i inrikes kollektivtrafik gäller istället 2 § 4.

*Restauranger eller andra serveringsställen som har mer än femtio sittplatser skall, om rökförbud ej föreligger enligt 2 § 1–4, ha sittplatser inom ett eller flera områden där rökning är förbjuden.*

#### 6 §

Rökning är trots bestämmelserna i 2 § 2–6 tillåten i delar av de lokaler eller andra utrymmen som avses där, om dessa delar särskilt avsatts för rökning. Detsamma gäller lokaler som avses i 2 § 1 och som är upplåtna enbart för personal.

Rökning är trots bestämmelserna i 2 § 2–5 och 7 tillåten i delar av de lokaler eller andra utrymmen som avses där, om dessa delar särskilt avsatts för rökning. Detsamma gäller lokaler som avses i 2 § 1 och som är upplåtna enbart för personal.

*Trots bestämmelsen i 2 § 6 får rökning tillåtas i restauranger eller andra serveringslokaler om separata rum särskilt avsatts för rökning. Rum där rökning tillåts, skall vara belägna så att besökare eller arbetstagare inte mot sin vilja måste vistas i dem. Rummen skall även vara inrättade så att rök inte sprids till andra delar av lokalerna. Servering får inte bedrivas i rum som avsatts för rökning.*

Avvikelse från 2 och 4 §§ får göras om det finns särskilda skäl därtill på grund av utrymmets beskaffenhet eller användningssätt eller av omständigheterna i övrigt. Detta gäller i tillämpliga delar även sådana områden utomhus som avses i 2 § 1.

### **Handel m.m.**

#### 12 §

Tobaksvaror får inte säljas eller på annat sätt lämnas ut i näringsverksamhet till den som inte har fyllt 18 år. Den som lämnar ut tobaksvaror skall förvissa sig om att mottagaren har uppnått nämnda ålder.

Om det finns särskild anledning att anta att en tobaksvara är avsedd att lämnas över till någon som inte har fyllt 18 år får varan inte lämnas ut.

#### 12 § a

#### 12 § b

*Detaljhandel med tobaksvaror får bedrivas endast av den som har säljtillstånd.*

*Säljtillstånd skall avse en viss lokal eller ett annat avgränsat utrymme (säljställe).*

*Frågor om säljtillstånd prövas av den kommun där säljstället är beläget. Ansökan om säljtillstånd görs skriftligen hos kommunen. Kommunen får enligt grunder som beslutas av kommunfullmäktige ta ut avgift för frågor om säljtillstånd.*

*Säljtillstånd får ges endast till den som visar att han med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt är lämplig att bedriva detaljhandel med tobaksvaror. Vid tillståndsprövningen skall särskild hänsyn tas till om sökanden kan förväntas följa bestämmelserna om handel med och marknadsföring av tobaksvaror samt om han i övrigt är laglydig och*

*benägen att fullgöra sina skyldigheter mot det allmänna.*

*I samband med beslut om säljtillstånd eller senare får kommunen meddela de villkor som behövs.*

*Kommunen skall återkalla ett säljtillstånd, om*

*1. tillståndshavaren inte följer de bestämmelser som gäller för verksamheten eller tillståndet enligt denna lag eller enligt villkor som har meddelats med stöd av lagen, eller*

*2. de förutsättningar som gäller för meddelande av säljtillstånd inte längre föreligger.*

*I stället för återkallelse kan tillståndshavaren meddelas varning, om detta kan anses vara en tillräcklig åtgärd.*

## **Tillsyn**

### 23 §

För att fullgöra sina uppgifter enligt denna lag har en tillsynsmyndighet rätt att få tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen som berörs av lagen eller av föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och får där göra undersökningar och ta prover. För uttagna prov betalas inte ersättning.

Kronofogdemyndigheten skall lämna den handräckning som behövs för tillsynen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om skyldighet att ersätta en tillsynsmyndighets kostnader för provtagning och undersökning av prov.

*Kommunen får enligt grunder som beslutas av kommunfullmäktige ta ut avgift för sin tillsyn enligt denna lag.*

**Ansvar**

## 27 §

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot 12 § döms för olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst sex *månader*.

Är gärningen att anse som ringa döms inte till ansvar.

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot 12 § a döms för olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst sex *månader*.

*Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bedriver detaljhandel med tobaksvaror utan säljtillstånd döms för grov olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst två år.*

Den som har överträtt ett vitesföreläggande eller ett vitesförbud skall inte dömas till ansvar enligt denna lag för gärning som omfattas av föreläggandet eller förbudet.

Bestämmelser om ansvar för olovlig införsel av tobaksvaror finns i lagen (1960:418) om straff för varusmuggling.

Denna lag träder i kraft den...

# 1 Uppdrag och arbetsformer

## 1.1 Uppdrag

Nationella folkhälsokommittén är en parlamentariskt sammansatt utredning. I kommittén ingår ledamöter från samtliga riksdagspartier. Vidare medverkar sakkunniga och experter som representerar olika organ och sektorer i samhället. Direktiven till Nationella folkhälsokommittén beslutades av regeringen i december 1995. Kommittén inrättades dock först under våren 1997. Kommitténs arbete avslutas i och med detta slutbetänkande. Utöver den nu aktuella huvudrapporten planeras en större bilagedel ingå i betänkandet. Bilagedelen skall bestå av olika underlagsmaterial med referenser till vetenskaplig litteratur som ger stöd för olika påståenden. Bilagedelen avses redovisas inom kort.

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

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

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



I direktiven anges sju huvudpunkter som kommittén skall beakta i sitt arbete. För dessa punkter har kommittén redogjort utförligt i ett tidigare delbetänkande (SOU 1999:137). Här redovisas punkterna i sammanfattning.

- Kommittén skall redovisa och analysera de erfarenheter som finns vad gäller mål för hälsoutvecklingen internationellt samt på nationell, regional och lokal nivå.
- Kommittén skall analysera och värdera de hälsoproblem som för närvarande finns och väntas få stor betydelse för hälsoutvecklingen framöver.
- Kommittén skall bedöma möjligheterna att med olika insatser minska hälsoproblem. Konflikter mellan olika mål skall analyseras.
- Kommittén skall väga kostnaden mot nyttan av att genomföra olika folkhälsoinsatser.
- Kommittén skall lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen och föreslå vilka av dessa som skall prioriteras.
- Kommittén skall föreslå strategier för att nå målen.
- Kommittén skall lämna förslag om hur målen kan följas upp och utvärderas.

## 1.2 Arbetsformer

### **Ett processinriktat arbetssätt i tre steg**

Kommittén har mot bakgrund av direktiven valt att arbeta i tre steg för att kunna utarbeta ett samlat nationellt måldokument för folkhälsopolitiken. Avsikten med en etappvis process har varit att ge reella förutsättningar för kommittén att ingående pröva, diskutera och förankra varje steg hos olika aktörer inom folkhälsoområdet innan nästa steg i processen mot nationella hälsomål har tagits. I korthet har arbetet genomförts på följande sätt:

Steg ett har gällt kommitténs arbete fram till mars 1998 då ett s.k. inriktningsbetänkande blev klart. Syftet med inriktningsbetänkandet Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43) var att ange en allmän inriktning eller ram för det fortsatta arbetet och att redovisa några vägledande utgångspunkter och principer för formulerandet av nationella folkhälsomål och strategier. Betänkandet sändes ut på en bred remiss i egen regi. Synpunkter från remissinstanserna har utgjort ett viktigt underlag inför steg två i processen.

Steg två har omfattat tiden från mars 1998 till december 1999 då delbetänkandet Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella

folkhälsomål (SOU 1999:137) presenterades. I det betänkandet redovisades förslag till en nationell strategi för folkhälsan med bas i etiska utgångspunkter och kriterier för prioriteringar samt en vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa. Vidare ingick ett stort antal sakkapitel där mål och delmål redovisades för sådant som är viktigt inom resp. område. Sakkapitlen hade i sin tur sin utgångspunkt i 13 stycken rapporter som tagits fram av olika arbetsgrupper med experter som har arbetat på kommitténs uppdrag. I dessa rapporter behandlades viktiga risk- och friskfaktorer för hälsa såsom ekonomisk trygghet, arbetslivsfaktorer, sociala relationer, fysisk miljö och olika faktorer som är förknippade med levnadsvanor. Vidare behandlades psykisk hälsa, hudcancer, skador, allergier och STD. Även underlag om målgrupper som barn- och ungdom, äldre och invandrare togs fram. Utöver dessa expertrapporter hämtades underlag till målförslagen från källor såsom internationella hälsopolitiska måldokument, bl.a. från WHO, EU och vissa enskilda länder. Även nya analyser av sjukdomsbördan i Sverige har utgjort underlag.

### **Inriktningen under steg tre**

Det tredje och sista steget i kommitténs arbete har genomförts under år 2000 med inriktning på att redovisa de samlade förslagen och bedömningarna om nationella folkhälsomål och strategier.

Ett viktigt underlagsmaterial under steg tre har varit remissinstansernas synpunkter på kommitténs senaste delbetänkande (SOU 1999:137). Mot bakgrund av dessa synpunkter har förslagen i det nämnda delbetänkandet reviderats. Det har genom remissynpunkterna tydliggjorts vilka av de frågor som kommittén lyft fram som är särskilt angelägna att åtgärda eller att få mer kunskap om genom forskning. Det gäller t.ex. den ökade stressen i arbetslivet och den försämrade psykiska hälsan hos yngre personer generellt och hos barn och ungdom. Det gäller också viktiga bestämningsfaktorer för hälsan som människors ekonomiska försörjningssituation, boendesegregation och ut-satthet för diskriminering inom arbetslivet i vissa fall. Det gäller även miljöfrågor resp. levnadsvanor med koppling till tobak och alkohol. Även infrastrukturen för folkhälsoarbetet i form av samordning, forskning, utbildning och metoder samt hälsoinformationens saklighet har angetts som viktiga.

Utöver underlag genom remissinstansernas synpunkter har kommittén koncentrerat sig på att få fram andra underlagsmaterial. Det har gällt uppdateringar och kompletteringar av det förra delbetänkandets sakkapitel. Det har gällt nya underlag om stress, tandhälsa, ätstör-

ningar, utbildningsfrågor, folkbildnings- och folkrörelsefrågor samt kultur och hälsa. Det har också gällt genderaspekter på hälsa och olika gruppers situation, t.ex. funktionshindrade och homo- och bisexuella.

Det har gällt individens respektive samhällets ansvar för hälsofrågor samt myndigheternas, hälso- och sjukvårdens, kommunernas och organisationernas roller och ansvar. Det har också gällt aspekter på samordning och styrning av folkhälsoarbetet, ekonomisk analys av folkhälsoinsatser, bra indikatorer för att följa utvecklingen av bestämningsfaktorer för hälsan samt metoder för mätning av folkhälsan.

Det har också handlat om kunskaps- och forskningsbehov för folkhälsopolitik och folkhälsoarbete, behovet av folkhälsovetenskaplig utbildning samt angelägenheten av att samhället garanterar saklig hälsoinformation.

Bland allt detta vill kommittén nämna några underlagsmaterial:

Kommittén har gjort en kartläggning och analys av 32 statliga myndigheters och några andra nationella organs verksamheter som har en direkt eller indirekt betydelse för folkhälsan. Kartläggningen visar vilket arbete som utförs inom olika samhällssektorer som t.ex. arbetsliv, ekonomisk trygghet, inne- och utemiljö, rekreation, mat och fysisk aktivitet, tobak, alkohol, narkotika, läkemedel, skador och allergier samt situationen för barn, äldre och invandrare. Av materialet framgår hur myndigheterna ser på effekter av sitt arbete från hälsosynpunkt och vilka ansvarsförhållanden som finns för närvarande inom resp. område. Materialet ger underlag för synpunkter på roller och ansvar på statlig nivå inom folkhälsoområdet.

Möjligheten att få till stånd ett mer hälsoinriktat arbetssätt inom hälso- och sjukvården har belysts av en särskild arbetsgrupp under kommittén. Gruppens rapport har utgjort ett värdefullt material för ställningstaganden om hälso- och sjukvårdens eget hälsoinriktade arbete resp. arbete i relation till andra aktörer.

En annan arbetsgrupp har belyst kroniskt sjuka och funktionshindrade personers situation och behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. I rapporten redovisas förslag som avser att förbättra funktionshindrade personers situation.

Problem som är angelägna att forska om inom ramen för de bestämningsfaktorer som kommittén har lyft fram har redovisats av en särskild arbetsgrupp bestående av folkhälsovetenskapliga forskare. Det framgår av rapporten att folkhälsans sociala skiktning behöver forskas mer om. Det är också angeläget att väsentligt mer forskning sker beträffande olika metoder i folkhälsoarbetet. I en annan rapport om folkhälsovetenskaplig utbildning lyfts behovet av sådan utbildning fram. Det är angeläget att både öka antalet personer med en utbildning i

folkhälsovetenskap och att folkhälsovetenskap förstärks i andra utbildningar.

För att få redskap för folkhälsoarbetet är det också viktigt att kompetensen i utvärderingsmetoder ökar. Här har hälsoekonomisk kompetens en roll genom att genomföra kostnadseffektivitetsbedömningar m.m. Detta belyses i en rapport.

Från alla dessa rapporter har kommittén hämtat inspiration och idéer för de mål och åtgärder som presenteras i betänkandet.

### **Det processinriktade arbetet**

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

Kommittén har fortlöpande utarbetat och publicerat särskilda debattskrifter som belyser olika ämnesområden av stor betydelse för folkhälsan. Syftet med skrifterna har varit att stimulera till en bred och livaktig debatt inom folkhälsoområdet. I skrifterna medverkar ett antal kunniga och engagerade författare som redovisar sin uppfattning inom ett visst aktuellt område. Kommittén har sedan hösten 1997 publicerat tio debattskrifter. Titlarna redovisas i den bilagedel som kommittén ger ut inom kort.

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

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

### **Skrivelse om förslag till nationell handlingsplan mot tobak**

Regeringen har till Nationella folkhälsokommittén överlämnat den av Folkhälsoinstitutet utarbetade Handlingsplanen mot tobak, exkl. de delar som behandlar EG-direktivet om förbud mot indirekt tobaksreklam, samt remissvaren och sammanställningen över handlingsplanen. Kommittén har i huvudsak beaktat synpunkterna i handlingsplanen i de förslag som presenteras i detta betänkande.

### **Nationella mål för folkhälsan**

I betänkandet lämnas förslag till nationella mål och delmål för folkhälsan som avser att vara ett stöd för ett effektivt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället och genom många aktörer. Målen har vetenskapligt stöd som redovisas mer utförligt i den bilagedel till betänkandet som kommittén avser att ge ut inom kort. Förslag till åtgärder, aktörer och indikatorer för uppföljning av målen lämnas också.

## 2 Hälsoutvecklingen i Sverige

### 2.1 Den stadigt ökande medellivslängden

Medellivslängden ökar sedan länge i den svenska befolkningen och visar ännu inte några tecken till stagnation. Från år 1989 till år 1999 ökade den med 2,3 år för män och 1,3 år för kvinnor vilket betyder att kvinnornas försprång fortsätter att långsamt krympa. Ökningen var lika kraftig under 1980-talet. År 1999 var medellivslängden 81,9 år för kvinnor och 77,1 år för män. I EU är ökningstakten i stort sett densamma, men Sveriges försprång när det gäller kvinnornas medellivslängd tenderar att krympa. Jämfört med övriga Norden tenderar Sveriges försprång dock snarare att förstärkas vilket främst beror på den svaga ökningen i Danmark.

Det är värt att notera att när det gäller ekonomisk utveckling (BNP per capita) har EU kommit ikapp och övriga Norden gått förbi Sverige. Trots en mindre bra ekonomisk tillväxt under 1990-talet och oförändrade sjukvårdskostnader har minskningen av dödligheten i Sverige ändå varit mycket snabb.

Tabell 2.1. Medellivslängden i Sverige, Norden och EU 1979–1999.

	Kvinnor			Män		
	Sverige	Norden	EU	Sverige	Norden	EU
1979	78,9	78,4	77,3	72,6	71,5	70,6
1989	80,6	79,7	79,6	74,8	73,2	72,9
1996	81,8	80,7	81,0	76,7	74,8	74,4
1999	81,9			77,1		

Källa: SCB och WHO-Euro.

Dödsrisken har minskat i alla åldersgrupper i Sverige. De senaste 25 åren har dödligheten i åldrarna under 80 år minskat med ca 2 % för män och 1,5 % för kvinnor per år. För de äldre över 80 år har dödligheten i procentuella tal minskat något långsammare. Det betyder att dödsfallen i befolkningen ”komprimeras” till ett allt smalare åldersintervall mellan 80 och 95 år. Samtidigt förbättras rörelseförmågan hos

de äldre under 80 år i en takt som ganska väl motsvarar dödlighetsminskningen. Även andra hälsomått förbättras, fast något saktare. Dessa tendenser är inget specifikt för Sverige. Flera studier från OECD-länderna bekräftar detta.

Förbättringar i äldres hälsa kan både ha sina rötter i levnadsvillkor som gällde när de var barn och unga eller i aktuella förbättringar i levnadsvillkor och vård. Mönstret talar för att båda delarna är viktiga. Kvinnornas livslängd har förbättrats i alla åldrar för varje ny generation. Den generation av män som nu är i 60–70-årsåldern uppvisar snabbt sjunkande dödlighet, trots att det var den generation som på 1970-talet hade ökande dödlighet i 40–50-årsåldern. Det senare talar för att aktuella förbättringar inom vård, arbetsmiljö och livsstil har betydelse. Det är framför allt den minskade dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar och skador som bidrar till den ökande medellivslängden.

## 2.2 Förbättrad hälsa bland äldre och medelålders – försämrad bland yngre

Även om överlevnaden förbättras visar andra dimensioner av ohälsan att en positiv hälsoutveckling inte är självklar. Sedan flera decennier finns en tydlig trend som visar att övergripande mått på självskattad hälsa och funktionsförmåga utvecklas positivt för personer över 44 år, medan trenden för yngre är negativ under 1990-talet. Tabell 2.2 illustrerar trenden i självskattad nedsatt hälsa för 20-årsperioden 1978–1999 och åldersgrupperna mellan 16 och 84 år. Andra mått på självrapporterad hälsa och förekomst av långvarig sjukdom visar liknande mönster. Utvecklingen är likartad för män och kvinnor.

Tabell 2.2. Andel med nedsatt självskattad hälsa 1978–1999 fördelad på ålder.

	1978–1979	1988–1989	1998–1999
16-24 år	9,1	8,8	11,5
25-44 år	15,4	13,7	15,7
45-64 år	35,4	29,3	26,5
65-84 år	49,6	46,0	45,2

Källa: SCB Undersökningar av levnadsförhållanden 1978–1999.

Dessa trender fångar dock inte fullt ut de ganska kraftiga ökningarna som finns bland yngre människor i tre symptomgrupper – allergi och annan överkänslighet, värk i rörelseorganen samt psykiska symtom i form av bl.a. trötthet, sömnbesvär och nedstämdhet.

## 2.3 De största folksjukdomarna

### Hjärt-kärlsjukdom

Hjärt-kärlsjukdomarna är fortfarande den klart största orsaken till för tidig död och ohälsa i den svenska befolkningen och står för ca 25 % av sjukdomsördan i Sverige.<sup>1</sup> De två största diagnoserna i denna grupp är hjärtinfarkt och stroke (slaganfall). Hjärtinfarkt drabbar oftare män medan stroke är lika vanligt hos båda könen. Sedan mitten av 1960-talet har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar varit vanligare i arbetaryrken än bland tjänstemän. Skillnaderna ökade under 1970-talet och 1980-talet för att sedan stagnera.

Under åren 1980–1997 har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar för personer under 65 år minskat med 50 % för män och 40 % för kvinnor. Det beror både på minskat insjuknande och under senare år framförallt på bättre överlevnad. Det betyder också att förekomsten av kvarstående följd tillstånd till kranskärlsjukdom, som t.ex. hjärtsvikt, ökar även om möjligheterna att behandla symtomen har förbättrats betydligt. Numera har Sverige en dödlighet i hjärt-kärlsjukdom som är lägre än vad den är i många länder i Europa, även om nivån fortfarande är något lägre i södra Europa. Inom Sverige är nivån högre i Norrland, Värmland och Dalarna.

Vi har god kunskap om ett flertal bidragande orsaker till både hjärtinfarkt och slaganfall. Det handlar om ärftliga faktorer, tobaksrökning, högt blodtryck, förändrad sammansättning av blodfetter, låg fysisk aktivitet, diabetes och flera vanligt förekommande sociala faktorer som lågt inflytande över arbetet och sviktande socialt stöd. Alla är väl be- lagda orsaker som förklarar en stor del av både trender och de sociala och geografiska variationerna. Liksom fallet är med andra kroniska sjukdomar är ingen av dessa orsaker emellertid vare sig nödvändiga eller tillräckliga. Alla som får hjärtinfarkt är t.ex. inte rökare och alla rökare får inte hjärtinfarkt. Det är därför alltid så att flera orsaker samverkar och är beroende av varandras existens för att individen skall bli sjuk.

<sup>1</sup> Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdomsördan i Sverige: En svensk DALY-kalkyl*. Folkhälsoinstitutet 1998:50. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1999.



## **Diabetes**

Diabetes är en sjukdom som inte minst genom sina effekter på blodkärlen är ett stort folkhälsoproblem. Sjukdomen är vanligare i Sverige än i flertalet europeiska länder och har dessutom ökat – särskilt bland barn och ungdom. Orsakerna till denna utveckling är ännu inte klarlagda. Diabetes typ 1 drabbar främst yngre människor. Sjukdomen ökar bland barn under 15 år, men minskar bland yngre vuxna i åldern 15–34 år. Diabetes typ II, som oftast drabbar äldre, ökar också, bl.a. till följd av ökad övervikt. Båda typerna av diabetes har en stark genetisk komponent. Vid diabetes typ 1 föreligger en insulinbrist, troligen genom en immunologisk påverkan av de celler i bukspottkörteln som producerar insulin. Vid diabetes typ II föreligger en minskad känslighet för insulin i kroppen. Majoriteten av personer med typ II diabetes är överviktiga.

## **Cancer**

Cancersjukdomarna står för 15 % av sjukdomsördan i Sverige och domineras av några få cancertyper i lunga, tjocktarm, bröst och prostata som tillsammans utgör nästan hälften av cancerördan. Totalt sett ökade antalet nya cancerfall med 0,3–0,4 % per år under 1990-talet, medan dödligheten är oförändrad. Lungcancer bland kvinnor har ökat med en alarmerande takt på över 3 % per år, medan den sedan 20 år minskar för män. Denna utveckling avspeglar de förändrade tobaksvanorna, men med över 20 års fördröjning. Magsäckscancer minskar i förekomst sedan många år. Under 1990-talet ökar bröstcancer med 1 % per år och prostatacancer med 2,7 %. För de två senare cancerformerna är dödligheten ganska oförändrad, vilket talar för en successivt förbättrad överlevnad. Cancerdödligheten totalt är något högre bland arbetare, men det beror i allt väsentligt på att lungcancer är mycket vanligare i arbetaryrken.

Cancer uppkommer genom en skada i cellernas gener. Om generna utsätts för viss påverkan (t.ex. tobaksrök eller strålning) kan en tumörprocess komma igång, där den vanliga kontrollen och regleringen av cellernas delning och tillväxt är satt ur spel. Genetiska faktorer spelar en betydande roll men de samverkar alltid med yttre faktorer. De kan i sin tur vara vissa infektioner men tobaksrökning, kostvanor och solvanor spelar stor roll. Kemikalier i arbetsmiljö och yttre miljö spelar numera en mindre roll.

## Skador

Den andra främsta orsaken till att medellivslängden ökar är att dödligheten även i skador har minskat med närmare 40 % sedan år 1980. Skador utgör knappt 10 % av sjukdomsburden i befolkningen och tre typer dominerar sedan länge skademönstret i Sverige: självmord, trafikskador och fallskador. (Självmord behandlas under punkt 2.2.3) Sverige har en mycket låg dödlighet i trafikskador jämfört med övriga Europa och risken för skador har minskat betydligt under 1990-talet

Med skador brukar man i folkhälsosammanhang avse de hälsomässiga konsekvenserna av att en yttre energi (rörelseenergi, elektricitet, kemisk energi etc.) tillförs kroppen eller på grund av att normala kroppsfunktioner blockeras av yttre faktorer (t.ex. drunkning). Man skiljer på avsiktliga skador (våld, självmord m.m.) och oavsiktliga skador (som i vardagspråk benämns olyckor). I och med att den utlösande orsaken till en skada inträffar omedelbart är den ofta uppenbar. Den vanligaste skadeorsaken är att man faller, medan flertalet av de allvarligaste skadorna sker i trafiken. Skador i hemmet, skolan och vid idrott är mycket vanliga. Skador i arbetet har minskat kraftigt, men visar åter en ökning under slutet av 1990-talet. Det är dock inte enbart de utlösande faktorerna i miljön som är viktiga. Alkohol spelar en stor roll vid uppkomsten av många olika skador. Benskörhet och bristande reaktionsförmåga är vidare viktiga vid många fallolyckor.

Våldsskador har sannolikt uppvisat en långsiktig ökning i vårt samhälle även om osäkerheten är betydande, därför att mörkertalet är stort och förändras över tid. Oron för att bli utsatt för våld är mycket utbredd, framförallt bland äldre kvinnor som dock relativt sällan drabbas av våld. Rädslan kan emellertid göra att många äldre inte vågar sig ut, och att de därmed är mindre fysiskt rörliga än de behöver vara.

## Infektionssjukdomar

Även om infektionssjukdomarna i rika länder som Sverige utgör en relativt liten del av sjukdomsburden (ca 3 %) är det ett viktigt område ur en förebyggande synvinkel. Det beror dels på att många av sjukdomarna är ovanliga endast så länge som ett effektivt förebyggande arbete görs, dels att infektioner har visat sig spela en roll vid många sjukdomar, inkl. magsår och cancer, som vi tidigare trodde hade en annorlunda orsaksbild.

Infektionssjukdomarna har alltid en bestämd nödvändig orsak, dvs. en mikroorganism, men det krävs alltid andra bidragande orsaker som t.ex. brist på antikroppar, dåligt näringstillstånd etc. för att individen

skall bli sjuk. Smittvägarna kan vara olika – från människa till människa, från djur till människa och via dricksvatten och föda.

### **Allergi**

I Sverige, liksom i många andra länder pågår sedan flera decennier en stadig ökning av allergiförekomsten. T.ex. har andelen unga män som vid mönstringen rapporterar hösnuva eller astma fördubblats under åren 1986–1996. Vi känner inte till orsakerna bakom denna ökning. Det finns en rad ämnen som kan framkalla allergi och överkänslighetsreaktioner. Vanliga är partiklar från pälsdjur, pollen, damm och vissa typer av mat, t.ex. fisk, skaldjur, ägg och mjölk. Andra ämnen som kan framkalla reaktioner är parfymer, tvättmedel och tobaksrök. Under senare tid har problem med inomhusmiljön kommit alltmer i fokus, problem som förknippas med dålig ventilation, hög luftfuktighet och olika byggmaterial. Passiv rökning innebär också risk för allergi och astma, framförallt för barn.

### **Rörelseorganens sjukdomar**

Ett av de allra vanligaste symtomen i den svenska befolkningen och som i hög grad påverkar arbetsförmågan är värk i rygg, nacke och leder. Det är en symtomgrupp som har ökat i synnerhet under 1980-talet bland yngre människor. Tabell 2.3. visar att i åldersgruppen 25–44 har värk i skuldror, nacke och axlar ökat kraftigt hos både män och kvinnor i olika yrken. Allt fler forskningsrapporter visar att symtomen i första hand uppkommer genom ett samspel mellan ergonomiska och psykosociala faktorer i arbetsmiljön. Värk i rygg och leder, som inte redovisas i tabellen, har inte ökat på samma sätt, och symtombilden bland de som är över 44 år är mera oförändrad. Rörelseförmågan bland äldre har till och med förbättrats kraftigt under ett stort antal år.

Tabell 2.3. Andel som besväras av värk i skuldror, nacke eller axlar. Sverige 25–44 år 1980–1999.

	Kvinnor			Män		
	1980	1988–89	1998–99	1980	1988–89	1998–99
Arbetare och lägre tjänstemän	27,4	45,5	50,9	19,8	31,4	34,8
Tjänstemän på mellan- och hög nivå	19,0	29,9	41,5	10,9	14,9	25,9

Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1980–99.

Värk från leder, rygg och nacke är symtom som många olika sjukdomar i rörelseorganen har gemensamt. De diagnoser som dominerar i sjukhusvården är artros där ledbrosken i knän och höfter långsamt förstörs samt brott på kotor och höfter där benskörhet och försämrade neuromuskulär reaktionsförmåga är bidragande orsaker.

### Psykisk ohälsa

Beräkningar av sjukdomsördan i Sverige och internationellt har visat att de psykiska sjukdomarna och psykiska symtomen har en mycket stor betydelse för folkhälsan. Enligt en svensk studie omfattar psykisk ohälsa 20 % av sjukdomsördan.<sup>2</sup> Närmare hälften av detta är tillstånd som präglas av oro, ångest, panikkänslor, nedstämdhet och sömnsvårigheter. De två andra stora grupperna är psykoser samt alkohol- och drogberoende. Omkring 2 % av befolkningen lider av psykos varav en fjärdedel har schizofreni.

En sjukdomsgrupp som representerar en stor sjukdomsörda i befolkningen och vården är demens. Cirka 6 % av befolkningen över 64 år beräknas ha demens varav en stor del har Alzheimers sjukdom.

Vår kunskap om den psykiska ohälsans utbredning i befolkningen resp. i vilken mån Sverige skiljer sig från övriga Europa är ovanligt bristfällig med tanke på problemets omfattning och betydelse. I SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden ställer man årligen frågor om människor besväras av ångslan, oro eller ångest och om de har besvär med sömnen. Trots att många svårt psykiskt sjuka inte deltar, är andelen som besväras av dessa symtom högt och stigande (se tabell 2.4).

<sup>2</sup> Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. a.a.

Tabell 2.4. Andel som besväras av nervositet, oro, ångest eller sömnbesvär. Sverige 16–44 år 1980–1999.

	Kvinnor			Män		
	1980–81	1988–89	1998–99	1980–81	1988–89	1998–99
Unga 16-24 år	17,6	15,9	34,2	10,2	8,1	22,3
Arbetare och lägre tjänstemän 25-44 år	19,9	19,9	33,7	15,5	16,0	25,0
Tjänstemän på mellan- och hög nivå 25-44 år	16,5	16,9	28,9	12,0	12,2	21,6

Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1980–99.

Den mest påtagliga ökningen finns bland de helt unga och bland kvinnor i yrken med låga utbildningskrav. Även bland övriga i åldern 25-44 år har ökningen varit påtaglig. Dessutom finns indikatorer på en ökad förekomst av psykiska och psykosomatiska besvär hos barn. För de som är över 44 år visar utvecklingen dock oförändrad eller minskad förekomst av psykiska symtom. Även förekomst av trötthet har ökat i åldersgruppen 16–44 år. År 1998/99 besvärades 49 % av trötthet jämfört med 32 % år 1988/89. Ökningen är lika stor oberoende av kön och socialgrupp och sysselsättning. Människors rapportering av denna typ av psykiska symtom behöver inte vara och är sällan uttryck för psykisk sjukdom i medicinsk bemärkelse, men besvären får ändå betraktas som ett växande och allvarligt hälsopolitiskt problem. Sedan länge ökar andelen psykiska diagnoser bland personer som förtidspensioneras. Ökningen av sjukfrånvaron under 1990-talets sista år har satts i förbindelse med dessa symtom (SOU 2000:72), men ökningen av besvären har pågått under hela 1990-talet.

SCB:s undersökningar omfattar inga personer under 16 år men Folkhälsoinstitutets enkäter till skolbarn visar på betydande öknings under 1990-talet bland 11–15-åringar av olika psykiska och psykosomatiska symtom – magont, huvudvärk, sömnsvårigheter och nedstämdhet.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Folkhälsoinstitutet. *Skolbarns Hälsovanor under ett decennium*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1999

## 2.4 De sociala olikheterna i hälsa består

De sociala skillnaderna i dödlighet som ökade kraftigt under 1960- och 1970-talen ligger kvar på samma nivå som man i övrigt – räknat i relativa termer som i tabell 2.5 – återfinns i många europeiska länder idag.<sup>4</sup> Vi kan också se från tabellen att mönstret återfinns i flera olika dödsorsaker med ganska olika etiologi, men att dödligheten i relativa termer är särskilt stor för kranskärlssjukdom, lungcancer, alkoholskador och självmord.

*Tabell 2.5.* Relativ risk för arbetare att avlida i olika dödsorsaker jämfört med tjänstemän. Sverige 1991–95, 35–79 år. Tjänstemän är referensgrupp =1.

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

*Källa:* Socialstyrelsen/EpC: Databasen Hur mår Sverige?

Av tabellerna 2.3 och 2.4 ovan framgår också att klasskillnaderna i absoluta termer är ganska oförändrade bland de allt vanligare symtomen på sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa.

Det är också ett allt mera påtagligt fenomen att de sociala klyftorna i sjuklighet är mera uttalade ju allvarigare funktionsnedsättning och handikapp man mäter (se tabell 2.6). Förekomst av långvarig sjukdom eller besvär är klart vanligare hos arbetare och lägre tjänstemän. Av dem som har någon långvarig sjukdom (40,8 %) har cirka hälften (19,4 %) nedsatt förmåga att sköta arbete eller andra dagliga aktiviteter och mindre än en tredjedel av de senare (5,4 %) har i sin tur så svår nedsättning av arbetsförmågan att de dessutom står utanför arbetsmarknaden. Det viktiga här är dock att den relativa risken bland dem som har arbetaryrken blir mycket kraftigare när man endast tar med de sjukdomsfall som fått allvarliga konsekvenser jämfört med om man inkluderar alla de lindriga fallen. Effekterna av att vara sjuk i termer av

<sup>4</sup> Mackenbach J. et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*. 1997;349:1655–1659.

bl.a. sysselsättning är således relativt allvarligare för människor i yrken med låga utbildningskrav. Kvinnors överrisk för långvarig sjukdom är dock konstant ca 1,2 oavsett vilket mått som används.

*Tabell 2.6.* Relativ risk för långvarig sjukdom utan och med olika konsekvenser. Justerat för ålder och kön. Sverige 1998–1999, 25–64 år. Högre tjänstemän är referensgrupp =1.

	Någon långvarig sjukdom	– med i någon mån nedsatt arbetsförmåga	– med i hög grad nedsatt arbetsförmåga och ej i arbete
Högre tjänstemän	1	1	1
Mellan ”	1,1	1,3	1,6
Lägre ”	1,5	2,1	3,0
Facklärd arbetare	1,5	2,8	4,9
Icke facklärd arbetare	1,8	3,6	7,2
% i befolkningen 25–64 år	40,8	19,4	5,4

*Källa:* SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1998–99.

Andelen i befolkningen som har någon typ av långvarig sjukdom med funktionsnedsättning har inte ändrats nämnvärd på 20 år och de sociala skillnaderna är relativt konstanta. Räknat i termer av sjukdomsbörda domineras funktionsnedsättningar av psykiska sjukdomar (44 %) och rörelseorganens sjukdomar (15 %).

### Könsskillnader i hälsa

Könsskillnaderna i hälsa är påtagliga men inte oföränderliga. Männens uppvisar en överdödlighet i dagens Sverige, ett fenomen som finns över tid och i alla länder utom i några få samhällen med svårt kvinnoförtryck. Under efterkrigstiden ökade männens överdödlighet, men sedan 1980 har den minskat till följd av att männens dödlighet minskar snabbare än kvinnornas. Skillnaden i medellivslängd har på 20 år minskat från 6,3 år till 4,8 år. Det beror främst på minskning av dödsfall i hjärt-kärlsjukdom och skador. Det finns inget biologiskt skäl till varför inte den trenden kan fortsätta många år till. Det är således svårt att peka på en skillnad i medellivslängd som är ”naturlig” och därför inte bör bli föremål för hälsopolitiska åtgärder.

Samtidigt har könsskillnaderna i vissa sjukdomar och symtom ökat till kvinnornas nackdel. Siffrorna i tabellerna 2.3 och 2.4 illustrerar att kvinnornas översjuklighet i värk från rörelseorganen och i psykiska

symtom har ökat under de senaste 20 åren. Det har även skillnaderna i sjukfrånvaro och förtidspension gjort under samma period (SOU 2000:72). Orsakerna till detta är endast delvis kända. En viktig faktor torde vara att arbetsmiljön i ergonomiskt och psykosocialt hänseende har försämrats eller inte förbättrats i samma takt i kvinnodominerade yrken, bl.a. inom vård och omsorg. Arbetsmiljöfaktorer interagerar också med omsorgsuppgifter i hemmet på ett sätt som kan betyda att samma arbetsmiljö ger olika effekter på män och kvinnor.

### **Etniska skillnader i hälsa**

Den klassmässiga fördelningen av ohälsa är särskilt påtaglig och ger en tydlig illustration till vilken hälsoutveckling som är möjlig för de grupper som idag släpar efter. Men det finns givetvis andra grupper med relativt hög sjuklighet av skäl som har med samhällsstrukturen att göra. En sådan dimension som kommer att lyftas fram många gånger i det följande är invandrarnas hälsa, dvs. sambandet mellan etniskt ursprung och hälsa hos den befolkning som är bosatt i Sverige. Det finns inget enkelt mönster att alla invandrare är sjukare än svenskfödda, utan vissa grupper har hög sjuklighet (exempelvis grupper från medelhavsområdet) och andra relativt låg sjuklighet (exempelvis från Sydostasien och Västeuropa). Statistiken är ofta svårtolkad, bl.a. därför att innebörden och tolkningen av svaren om självupplevd hälsa kan variera mellan olika språkliga kulturer. Dessutom har människor med utländsk bakgrund ibland mindre benägenhet eller svårigheter att söka svensk vård.

Invandrades avvikande sjuklighetsmönster beror i första hand på fyra olika typer av förklaringsmekanismer: 1) att deras uppväxt och tidigare liv utanför Sverige har inneburit exponeringar av betydelse för deras senare ohälsa, 2) att själva flyttningen och orsakerna till den (krig, förföljelse, etc.) har inneburit trauman som får effekter senare, 3) att livsvillkoren i Sverige med avseende på arbete, boende, sociala nätverk, livsstil etc. är sådana att det ökar risken precis som det gör för svenskfödda personer som har motsvarande villkor, 4) och slutligen att själva etniciteten leder till diskriminering som i sig har psykiska och psykosomatiska effekter. Den bestämningsfaktor som därför i första hand är specifikt relevant att påverka för att förebygga ohälsa bland invandrare i Sverige är diskriminering.



### 3 Några viktiga utvecklingslinjer i samhället och hälsans bestämningsfaktorer

#### 3.1 Hälsans bestämningsfaktorer

Den nationella folkhälsopolitiska strategi som presenteras i de följande kapitlen tar primärt sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer. Denna utgångspunkt utgår från en bedömning från kommitténs sida att människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsaker till sjukdomar, skador och annan ohälsa. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka dessa orsaker och därmed förekomsten av ohälsa och ohälsans olika konsekvenser.

En orsak eller bestämningsfaktor är en egenskap hos individen eller hennes miljö som ökar eller minskar risken för individen att bli sjuk jämfört med den individ som under i övrigt likvärdiga omständigheter inte är utsatt för denna orsak. Exempel på orsaker kan vara tobaksrökning, en tuberkulosbakterie, lågt inflytande över arbetssituationen, gener som påverkar uppkomst av bröstcancer etc.

Varje fall av sjukdom, skada eller annan ohälsa har många orsaker som samverkar. Det är nästan aldrig så att alla som varit utsatt för en given sjukdomsorsak också blir sjuka. Det krävs alltid något annat också. Vi har i tidigare betänkande (SOU 1998:43) och i enlighet med vanlig praxis betecknat de faktorer som ökar risken för sjukdom eller ohälsa för riskfaktorer (exempelvis social isolering, tobaksrök m.m.), de som minskar den för friskfaktorer (exempelvis tillräckligt med vitaminer i kosten och socialt stöd) och de friskfaktorer som minskar effekten av en riskfaktor som en skyddsfaktor (exempelvis vaccination och kontroll över arbetssituationen).

Orsaker till ohälsa har också den egenskapen att de ofta påverkar förekomsten av varandra – de bildar så kallade orsakskedjor. Tjärämnen i cigaretttrök påverkar cellerna i luftrören, men hur mycket tjärämnen som inhaleras beror på rökvanor, som i sin tur påverkas av upplevelsen av behovet av att röka, vilket kan påverkas av sinnes-

stämningen, som i sin tur påverkas av arbetssituationen. Normer påverkar rökvanor, tillgång till lokaler där man får röka, liksom priser etc. Att utnämna något led i denna kedja till *orsaken* är knappast meningsfullt, utan de val vi har träffat i termer av bestämningsfaktorer är valda utifrån deras kvantitativa betydelse för folkhälsan och den förväntade effektiviteten hos åtgärder för att förändra dem.

Många sjukdomar har bestämda gener i arvsmassan som en viktig bidragande orsak till sjukdom. Vår kunskap om exakt vilka gener det rör sig om och våra möjligheter att avgöra om en given individ har dessa gener växer i hastig takt. I de flesta fall måste individen dessutom vara utsatt för andra orsaker i sitt liv för att sjukdomen skall uppträda och den genetiska effekten därmed ge sig till känna. Men existensen av genen gör individen mera "sårbar" för effekten av de andra orsakerna till sjukdomen. Detta medför att den ökande kunskapen om individers genetiska egenskaper ökar vår kunskap om vilka andra faktorer individen bör undvika att utsättas för, för att inte bli sjuk. Det påverkar det förebyggande arbetet i så mån att det ökar möjligheterna att ge individen rådgivning, men i och med att den enskilda individen ofta har små möjligheter att direkt påverka sin miljö, minskar det inte behovet av generella åtgärder i miljön. Snarare ökar behovet av åtgärder som underlättar för människor att välja en livsstil som minskar deras risk.

Den tidiga uppväxten, även förhållandena under fosterstadiet, har visat sig allt viktigare för uppkomsten av flera olika sjukdomar inkl. hjärt-kärlsjukdomar, inflammatoriska (autoimmuna) sjukdomar och psykiska problem. Exempelvis har näringsbrist under fosterstadiet visat sig vara en riskfaktor som påverkar tillväxten av kärlsystemet på ett sätt som gör det mera sårbart för effekterna av faktorer som exempelvis övervikt och diabetes i vuxenlivet, med avseende på deras effekter på hjärt-kärlsjukdom. Den nära känslomässiga anknytningen mellan föräldrar och barn de första åren är ett annat förhållande som har stor betydelse för individens psykiska utveckling, psykiska hälsa och förmåga att hantera senare svårigheter.

Orsakskedjorna kan följas både framåt, nära själva sjukdomstillfället, från yttre exponering genom de fysiologiska och psykiska mekanismerna som skapar ohälsa, och bakåt mot de faktorer som gäller individens position i samhället och samhällets struktur och kultur som påverkar vilka risker som förekommer och vilka som mest utsätts för dem och kan påverka dem. Ibland kan denna typ av mekanismer vara viktiga att påverka – inte minst när det gäller att påverka ohälsans sociala fördelning.

Samhället skapar olika sociala positioner (dvs. yrken och andra funktioner i samhället), och fördelar välstånd och makt till dem. Människor söker sig utifrån sina förutsättningar och möjligheter till dessa

positioner. Samhällets utbildningssystem, sätt att diskriminera efter kön, ålder, etnicitet etc. bestämmer utfallet av dessa processer. Den sociala positionen i samhället bestämmer i hög grad vilka risker vi utsätts för och vilka möjligheter vi har att välja och påverka dem. Samspelet mellan individens förutsättningar och de förhållanden som är knutna till den sociala positionen hon intar är det som bestämmer hälsotillståndet.

Det är nettoeffekten av alla dessa processer som skapar den sociala fördelningen av ohälsa i samhället. Många faktorer av betydelse för hälsotillståndet är dock inte direkt knutna till individen utan är något som finns i samhället. Den fysiska miljön i trafiken och bostadsområdet, normer, regler och lagar och alla de strukturer och institutioner/faktorer som skapar sammanhållning, samhörighet och solidaritet i samhället är faktorer som har med individens omgivning mera än individen som sådan att göra. Flera sådana orsaker är viktiga för folkhälsan även om de inte är lika lätta att identifiera därför att alla människor i ett givet samhälle eller sammanhang är lika mycket utsatta för dem.

Uppsättningen av möjliga bidragande orsaker till en given sjukdom förändras inte så mycket över tid, även om vi får bättre och bättre kunskap om vilka de är, men förekomsten och fördelningen av de olika orsakerna förändras till följd av demografiska, ekonomiska, sociala och kulturella förändringar i samhället. Vi skall nedan kort sammanfatta några av de samhällsförändringar som vi bedömer som viktigast för hälsoutvecklingen de närmaste åren. De utgör också de strukturella förutsättningar under vilka den hälsopolitik som vi föreslår i kap 5 och 6 skall föras och utgör dess främsta utmaningar.

## 3.2 En åldrande befolkning

Ett viktigt skäl till att sjukdomsmönstret förändras i befolkningen är att befolkningen åldras. Sjunkande dödstal och sjunkande födelsetal bidrar till detta. Enligt SCB:s senaste befolkningsprognos (från år 2000) kommer detta dock endast att medföra en ganska långsam förändring under de närmaste åren. Bland de äldre är det i absoluta termer framför allt åldersgruppen 65–74 år som kommer att öka i antal under det närmaste decenniet, medan den mindre gruppen över 85 år i relativa termer kommer att öka med 20 %.

Tabell 3.1. Andel i olika åldersgrupper i Sverige 1990–2020 enligt SCB:s befolkningsprognos 2000.

	1990	2000	2010	2020
0-14 år	18,0	18,4	15,9	16,8
15-64 -	64,2	64,4	65,1	61,4
65-84 -	16,0	14,9	16,2	19,1
85 -	1,8	2,3	2,8	2,7

Denna prognos bygger på antaganden om att födelsetalen återgår från det nuvarande mycket låga talet på 1,5 barn per kvinna (1999) till 1,8 och att dödligheten fortsätter att minska med ca 1,5 % per år i åldersgrupperna under 75 år. Därmed förväntas medellivslängden fram till år 2010 öka med 1,5 år. Man antar också att nettoinvandringen fortsätter i en takt kring 15 000 per år. Så länge männen dog mycket tidigare än kvinnorna medförde det att många kvinnor fick leva sina sista år som änkor. Nu krymper emellertid skillnaden i dödlighet mellan män och kvinnor vilket betyder att ensamboendet bland äldre kvinnor minskar.

Sjukdomsmönstret utvecklas inte som en enkel funktion av den demografiska utvecklingen. Dels sker det som vi har sett i kapitel 2 stora och ganska snabba förändringar av sjukdoms- och symtom-mönstret inom vissa åldersgrupper med ökning av en del symtom bland yngre och minskning bland äldre. Om överlevnad och funktionsförmåga bland äldre fortsätter att öka i samma takt som under 1990-talet (se tabell 2.1 och 2.2) kommer sjukligheten att år 2020 bli ca 20 % lägre än vad det ökande antalet åldringar skulle medföra vid oförändrat hälsoutveckling (LU1999/2000 Bil 8). De låga födelsetalen betyder dock att färre yngre kommer att finnas i arbetskraften många år framöver.

### 3.3 Ökande krav på kvalifikationer och flexibilitet i arbetslivet

En grundläggande förändring i det svenska samhället som har pågått sedan 1960-talet och som vi har gemensamt med andra högt industrialiserade samhällen är att efterfrågan på lågutbildad arbetskraft har minskat drastiskt. Många av de förändringar som sker på arbetsmarknaden och som samhället försöker möta med olika politiska insatser har sin utgångspunkt i denna förändring. Tabell 3.2 illustrerar detta under

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

*Tabell 3.2.* Andel av befolkningen 25–54 år som inte är sysselsatta på arbetsmarknaden (inkl. arbetslösa, förtidspensionerade och övriga) bland dem som har yrken med korta utbildningar (yrken med under 3 års utbildningskrav motsvarande arbetare inkl. kortutbildade företagare och lägre tjänstemän) och bland övriga yrken (tjänstemannayrken på mellan- och högre nivå).

	Kvinnor		Män	
	Arbetare och lägre tjänstemän	Högre+mellan tjänstemän	Arbetare och lägre tjänstemän	Högre+mellan tjänstemän
1978–79	15,4	16,9	4,7	1,4
1988–89	8,3	3,5	4,6	1,0
1998–99	23,7	7,4	17,6	3,3

*Källa:* SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden 1978–1999.

Sysselsättningen ökade bland kvinnor under 1980-talet för att under 1990-talet minska för alla grupper. Vi ser också att under 1990-talet ökade andelen för båda könen som står utan arbete mycket kraftigare (13–15 procentenheter) bland människor med yrken med låga utbildningskrav jämfört med dem som har yrken som kräver längre utbildning (2–4 procentenheter). Sysselsättningen bland kortutbildade kvinnor är anmärkningsvärd låg i tabell 3.2 vilket främst beror på låg sysselsättning i åldern 25–34 år. Det innebär att de som står utanför arbetsmarknaden inkl. arbetslösa, förtidspensionärer, hemarbetande m.fl. i allt högre utsträckning skiljer sig från de sysselsatta vad gäller yrkesutbildning. De lågutbildades arbetskraft är med andra ord relativt sett allt mindre efterfrågad.

Många länder har försökt möta detta fenomen genom att minska utbudet av arbetskraft genom förtidspensioneringar och lågt kvinnligt deltagande på arbetsmarknaden, medan andra har försökt lösa det genom att minska priset på arbetskraft i form av avregleringar och lägre löner för lågutbildad arbetskraft.<sup>1</sup> Sverige prövade länge att hålla uppe efterfrågan genom expansion av den offentliga sektorn, men har under senare år arbetat i likhet med många andra länder med satsningar på utbildning av typ ”Kunskapslyftet”. Det är komplicerat att avgöra vilka

<sup>1</sup> Esping-Andersen G (ed.). *Welfare States in Transition*. London. Sage Publications 1995.

hälsoeffekterna blir av olika vägval, men en växande litteratur talar för att det andra alternativet med minskande löner för lågutbildad arbetskraft och växande inkomstklyftor försvårar möjligheterna att skörda de hälsovinster som annars är möjliga att uppnå med en god ekonomisk tillväxt.

Globaliseringen, den tekniska utvecklingen och förändrade politiskt-ekonomiska förhållanden skapar också ett förändringstryck i andra avseenden på både privat och offentlig verksamhet. Det finns en strävan mot att koncentrera verksamheten till en kärna av kvalificerade fast anställda personer, kombinerat med en ökad användning av tillfälliga projektanställningar, konsulter m.m. Företagen krymper antalet fast anställda även i goda tider samtidigt som produktiviteten ökas i snabb takt. Det betyder att det å ena sidan finns en kärna av fast anställda som oftast arbetar heltid, även om det bland kvinnorna fortfarande är 40 % som arbetar deltid. Bland de högutbildade i denna kärna ökar kraven på övertid stadigt. Det är således en grupp med höga arbetskrav, men samtidigt relativt goda möjligheter att påverka arbetets uppläggning och möjligheter till utbildning i arbetet.<sup>2</sup>

Samtidigt har antalet med tidsbegränsade anställningar fördubblats under 1990-talet och utgör nu närmare en halv miljon personer, dvs. 15 % av arbetskraften. I relativa termer har den grupp som är projektanställda och övriga som inte är vikarier ökat kraftigt från 3,5 % år 1989 till 8,1 % år 1997.<sup>3</sup> Det är en grupp som är unga, har hög utbildning och även om de får leva med den otrygghet som tillfälliga kontrakt ger, upplever denna grupp att de har goda möjligheter att utvecklas i arbetet. Även s.k. behovsanställda har ökat kraftigt under perioden. Kvinnor är i stor majoritet när det gäller behovsanställningar medan männen dominerar projektanställningarna. Det är främst i behovsanställningarna som arbetsvillkoren innebär en förhöjd risk för ohälsa.<sup>4</sup> Till detta kommer att den internationella rörligheten när det gäller investeringar utsätter arbetskraft som är mindre efterfrågad på arbetsmarknaden, på grund av utbildning, dålig hälsa eller invandrabakgrund m.m., för ökad risk att förlora arbetet när industrin väljer länder med lägre arbetskraftskostnad.

Det är för tidigt att säkert bedöma de långsiktiga hälsoeffekterna av denna utveckling. Det finns positiva element som t.ex. ökade utveck-

<sup>2</sup> Wikman A, Andersson A, Bastin M. *Nya relationer i arbetslivet*. Solna. Arbetslivsinstitutet 1999.

<sup>3</sup> A.a.

<sup>4</sup> Nationella folkhälsokommittén. *Arbetslivsfaktorer*. Rapport från arbetsgruppen Arbetslivsfaktorer. Rapport nr 1. Stockholm. Nationella folkhälsokommittén 1999.

lingsmöjligheter i arbetet, men också negativa inslag som ökad otrygghet och alldeles för höga krav. Den kraftiga ökningen av psykiska symtom i form av trötthet, sömnbesvär och nervositet är i detta sammanhang en varningssignal även om sambanden ännu är bristfälligt kartlagda. Sömnbesvär och känsla av kroppslig trötthet efter arbetet har dock visat sig vara särskilt vanliga bland kärnan av fast anställda med mycket övertid liksom bland företagare.

Man kan tänka sig att en ökad flexibilitet på arbetsmarknaden med lösare anställningsförhållanden och uppluckrad lagstiftning skulle göra det lättare för personer med en svag position på arbetsmarknaden att göra sig gällande. I ett land som Storbritannien där arbetsmarknaden har avreglerats under ett antal år har dock utslagningen bland lågutbildade och sjuka personer gått mycket snabbare än i Sverige.<sup>5</sup> Exkludering från arbetsmarknaden är en process som kan få allvarliga hälsokonsekvenser, i synnerhet som den ofta drabbar människor med redan dålig hälsa och därmed ökad sårbarhet. I och med att den drabbar grupper som redan har en hög sjuklighet tenderar den också att öka klyftorna i ohälsans fördelning.

Det är dock inte givet att ökande utbildningskrav i arbetet leder till ökad utslagning. Om utbildningssystemet förmår anpassa sig så att utbudet stämmer med efterfrågan vad gäller både hög- och lågutbildad arbetskraft, kan det bidra till att utslagningen kan hållas på den låga nivå som länge har karakteriserat det svenska samhället jämfört med övriga EU.

### **Stress i arbetslivet – ett ökande problem**

De växande problemen med negativ stress i arbetet är inte unika för Sverige. Möjligen kan problemen upplevas särskilt stora i vårt land därför att vissa av de strukturella processer som påverkar den arbetsrelaterade psykiska hälsan har varit intensiva under en ganska kort period här. Det var i övergången mellan 1980- och 1990-tal som arbetslösheten ökade till allmäneuropeisk nivå och det var ungefär samtidigt som de psykiska kraven började upplevas som ökande, framför allt bland kvinnor i den offentliga sektorn. Otrygghet och effektivitetskrav under denna period kan ha bidragit till att sömnproblem, trötthet och oro började öka då. Som vi sett ovan har den upplevda psykiska hälsan försämrats ytterligare under slutet av 1990-talet. Ökande problem med

<sup>5</sup> Bartley M, Owen C. Relation between socio-economic status, employment and health during economic change 1973–93. *BMJ* 1996;313:445–449.

arbetsmiljö och ökad arbetsrelaterad psykisk ohälsa har emellertid rapporterats både från USA och EU.

”Utbrändhet” är ett begrepp som används i ökande utsträckning vilket är problematiskt. Ordet utbränd leder tankarna till något oåterkalleligt förstört, trots att de flesta med utbrändhetssymptom inte har någon obotlig sjukdom. Utmattningssymptom kan bero på många medicinska sjukdomar som kan missas om stämpeln ”utbränd” används lättvindigt och utan noggrann diagnostik. Vid extrema former av utmattning – utan förekomst av tidigare accepterade medicinska diagnoser – har det emellertid visat sig förekomma rubbningar av de fysiologiska regleringsfunktionerna och det pågår intensiv forskning kring hur hormonerna och hjärnan påverkas vid dessa typer av symptom.

Det har inte gått att renodla orsakerna till den ökande arbetsrelaterade psykiska ohälsan. Vården har inte heller kunnat ta hand om patienter med dessa problem vilket bl.a. beror på att diagnostiken är dåligt utvecklad. Man har dåliga kunskaper både internationellt och i Sverige om vad som t.ex. särskiljer depression från utmattning, kroniskt trötthetssyndrom och andra liknande tillstånd. Behandlingen vid olika diagnoser blir olika. Det finns alltså ett stort behov av att man utvecklar förbättrad diagnostik på detta område. Detta är särskilt angeläget med hänsyn till att det i stort sett saknas accepterade behandlingsprogram, varför många privata behandlingsalternativ av varierande kvalitet erbjuds. En kommersialisering på detta område kan leda till oklarhet.

### 3.4 Förändrade förutsättningar för att bevara sammanhållning och solidaritet i samhället

Industrisamhällets fortskridande arbetsdelning skapade sammanhållning och solidaritet i samhället som både byggde på likhet inom yrkesmässiga kollektiv och olikhet, dvs. insikten att människor i ett differentierat samhälle behöver varandra. Arbetsdelningen har inte blivit mindre uttalad, men har allt mera globaliserats vilket har gjort beroendet av ”marknaden” mera abstrakt. Samtidigt arbetar människor inte längre i stora kollektiv med helt likartade arbetsuppgifter utan allt flera har fått självständiga och mera individualiserade arbetsuppgifter. Människors förmåga att klara sig på arbetsmarknaden har blivit mera beroende av vilka satsningar de själva kan göra i fråga om utbildning.

Arbetsgivarna tenderar vidare allt mera att vilja förhandla om löner med individer snarare än med kollektiv. Flera studier har också visat att



människor i Sverige snabbt har utvecklat en mera individualistisk hållning till arbetslivet och samhällslivet i övrigt.<sup>6</sup> Med detta menas att man önskar mera betoning på individens utveckling, mindre utrymme för auktoriteter, större utrymme för personliga initiativ och självständighet i arbetet, och utrymme för större valfrihet i livet. Detta sammanhänger naturligtvis med att utbildningsklyftorna mellan olika beslutsfattare och medborgarna i gemen har minskat under efterkrigstiden.

Studier av värderingsförändringar har också visat på att en ökad individualism inte har inneburit någon förskjutning mot mera egoistiska hållningar eller minskad solidaritet t.ex. när det gäller finansieringen av gemensamma välfärdsinstitutioner, i varje fall så länge dessa tillhandahåller den önskade valfriheten. De förändrade värderingsmönstren har ibland betecknats som en *solidarisk individualism*.<sup>7</sup> Den långsiktigt ökande omflyttningen både över och inom landets gränser bidrar också till en upplösning av gamla strukturer. Räknat i procent av befolkningen är den årliga flyttningen över landets gräns 1 % och mellan kommuner inom landet över 4 %. Inflyttningen till storstäderna har tagit ny fart och är nu minst lika omfattande som på 1960-talet. Det innebär också att de geografiska och sociala strukturer som fanns i det gamla industrisamhället och som gav människor känsla av tillhörighet och identitet bryts sönder. Människors identitet är därmed i minskande grad knuten till samhällsklass, ort eller religion och i ökande omfattning till mer flyktiga förhållanden som livsstil, intressen och engagemang i någon samhällsfråga – idrott, musik, miljöfrågor, feminism etc.

Välfärdspolitiken är utsatt för stora yttre och inre spänningar och är samtidigt viktig för människors hälsa. Den har en avgörande betydelse för de uppväxtvillkor många barn växer upp under. Den påverkar risken att drabbas av stora inkomstbortfall och är bestämmande för i vilken utsträckning sjuka, gamla och andra som inte efterfrågas på arbetsmarknaden klarar sin försörjning. Välfärdspolitikens utformning är också viktig för vilka institutionella band och vilken tillit som finns mellan olika grupper i samhället. Välfärdspolitiken i Sverige har liksom i andra länder alltid levt under villkoren att inte bara behöva vara förenlig med, utan även stödja en ekonomisk tillväxt och internationell konkurrenskraft. Men den globala maktförskjutningen mellan politik och marknad, och risken för en växande

<sup>6</sup> Pettersson T. Välfärd, värderingsförändringar och folkrörelseengagemang. I: Axelson S. och Pettersson T. (red). *Mot denna framtid*. Stockholm. Carlssons Bokförlag AB 1992.

<sup>7</sup> Rothstein B. *Vad bör staten göra?* Stockholm. SNS Förlag 1994.

underbudskonkurrens länderna emellan, där man med urholkade välfärdsordningar och sänkt skatt söker dra till sig investeringar och behålla finansmarknadernas förtroende, skärper kraven på den politik som förs. Samtidig kan det påpekas att många av de åtgärder som har skapat en effektiv och jämlik vård, hög kvinnlig sysselsättning, tills nyligen höga födelsetal, samt hög rörlighet på arbetsmarknaden är faktorer som globaliseringen knappast behöver påverka.

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

En växande volym av forskning talar för att en sådan strukturell egenskap är den sociala integrationen i samhället, dvs. det ”kitt” som gör att människor har en hög grad av beroende och tillit till varandra i vardagslivets olika sociala relationer och att de även litar på att de gemensamma institutionerna, och de resurser som de har tillgång till genom dessa institutioner, är effektivt och rättvist förvaltade.<sup>8</sup> Redan i industrisamhällets barndom uppmärksammades det beroende mellan människor som den sociala arbetsdelningen skapar och begreppet *solidaritet* infördes<sup>9</sup> som uttryck för detta faktiska beroende och gemensamma ansvarstagande, mera än som ett uttryck för en moralisk hållning<sup>10</sup>. De objektiva förutsättningarna för människors beroende av varandra har dock förändrats.

I globaliseringens spår ser vi tendenser till att vissa länder i t.ex. södra Afrika och vissa grupper inom länderna marginaliseras i för-

<sup>8</sup> Marmot MG, Wilkinson RG (eds). *Social determinants of health*. London. Oxford University Press 1999.

<sup>9</sup> Durkheim É. *De la division de travail social*. 2e. éd. Paris 1902/1930

<sup>10</sup> Liedman S-E. *Att se sig själv i andra. Om solidaritet*. Bonnier Essä, Stockholm 1999.

hållande till den ekonomiska utvecklingen.<sup>11</sup> Ingen är beroende av deras integration i ekonomin och därmed försvinner solidariteten. Det är kanske därför inte överraskande att inte minst de internationella finansiella organisationer som har att hantera denna utveckling har kommit att intressera sig för det modernare sociologiska begreppet *socialt kapital*<sup>12</sup>. Existensen av sociala strukturer, normer och nätverk som skapar förutsättningar för kollektivt handlande i termer av förpliktande ömsesidighet och förtroende i relationerna mellan individer har bedömts ha stor betydelse för ekonomisk tillväxt och bekämpande av fattigdom.<sup>13</sup>

Mycket forskning bedrivs nu även i rika länder utifrån en teori om att socialt kapital är en viktig mekanism bakom sambandet mellan å ena sidan samhällets ekonomiska och sociala struktur och å andra sidan folkhälsan.<sup>14</sup> Det är här främst de horisontella nätverken i lokala frivilliga organisationer och nätverk som har stått i fokus, medan frågan om hur den statliga och kommunala välfärdspolitikens utformning påverkar sammanhållningen både horisontellt och vertikalt i samhället är mindre uppmärksammas.

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

<sup>11</sup> Castells M. *The Information Age: Economy, Society and Culture*. Vol. I. Oxford. Blackwell 1996.

<sup>12</sup> Begreppet introducerades på 1980-talet av P Bourdieu: The forms of Capital i Richardson JG (ed) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press (1985) och av J Coleman. Social Capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 1988;94 (suppl):95-120.

<sup>13</sup> World Bank. *New Paths to Social Development*. Washington DC. World Bank June 2000.

<sup>14</sup> Marmot and Wilkinson a.a.

<sup>15</sup> Aronsson G. *Arbetspsykologi*. Studentlitteratur 1987.

### 3.5 Barnfamiljernas villkor och barnens antal och uppväxt

Den sociala infrastrukturen påverkar också förutsättningarna för familjebildningen. Den mest påtagliga förändringen i den svenska demografin under 1990-talet är de sjunkande födelsetalen. Åren 1997-99 har fruktsamhetstalet stannat kvar på ett lågt värde – 1,5. Om fruktsamheten ligger kvar på denna nivå kommer varje kvinna att i genomsnitt föda 1,5 barn. Detta är den lägsta nivå som någonsin har observerats i Sverige. För första gången sedan år 1809 avlider det fler människor än det föds. I början av 1930-talet när befolkningsfrågorna stod i centrum för debatten<sup>16</sup> var fruktsamhetstalet högre, men då var invandringen å andra sidan mindre. Sedan har siffran i långa perioder legat betydligt högre och så sent som år 1990 var den 2,1, dvs. lite över den nivå som krävs för att den nuvarande befolkningen på sikt skall reproducera sig själva. Det är dessutom en siffra som är betydligt högre än vad den var i Västeuropa vid samma tidpunkt där den låg kring 1,3–1,7 och i Östeuropa där den var ännu lägre. Abortantalet har legat ganska konstant i 25 år och var år 1998 18 per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. Det är en nivå som fortfarande är något högre än i övriga nordiska länder.

Födelsetalen är främst ett uttryck för hur människor värderar möjligheterna att förena familjebildning, arbetsliv och försörjning. Det kan finnas skäl, inte bara i Sverige, att vara oroad över hur unga idag värderar dessa möjligheter i ljuset av möjligheter att få arbete, att klara de ökande kraven från de arbeten som finns, och att förena detta med föräldraskap. Utbildningarna förlängs och starten i yrkeslivet förläggs till 25–30 årsåldern. Samtidigt sjunker den faktiska pensionsåldern ner under 60 år. Det barnafödande som sker tenderar nu att vara koncentrerat till 25–35 årsåldern (29 år i genomsnitt) och därmed inträffar ansvaret för barnens uppväxt i 25–55 årsåldern. Det betyder att av ett liv på numera 80 års längd skall både ett allt mer krävande arbetsliv och familjeliv förenas under en tredjedel av tiden. Vilka hälsoeffekter detta får för barnen är inte särskilt väl studerat.

Unga har haft stora svårigheter att komma in på arbetsmarknaden och det har särskilt gällt lågutbildade kvinnor. Det är också främst denna grupp som har avvaktat med att föda barn under 1990-talet. Speciellt kvinnor med mycket låga inkomster till följd av studier eller arbetslöshet har mycket låg fruktsamhet. Av barnlösa kvinnor i åldern 20–29 år hade 19 % en arbetsinkomst under 50 000 kronor år 1990.

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

Denna andel hade år 1995 ökat till 42 % till följd av att fler studerar eller är arbetslösa. Kvinnor med en arbetsinkomst över 100 000 kronor har tre gånger så stor fruktsamhet som de som tjänar under 50 000 kronor. Barnafödandet har därmed, i ännu högre grad än på 1930-talet, blivit en resursfråga där kvinnor med god förankring på arbetsmarknaden och stabila inkomster i större utsträckning än andra kvinnor föder barn.

Det är mot den bakgrunden viktigt att konstatera att förändringar på arbetsmarknaden och inom fördelningspolitiken under senare år har medfört att barnfamiljernas standard har sänkts jämfört med andra grupper. Framför allt har ensamstående med barn upplevt en kraftig försämring. Enligt Kommittén Valfärdsbokslut (SOU 2000:3) har antalet ensamstående mödrar som lever under socialbidragsnormen tredubblats under åren 1991–1997. Andelen av alla barn som lever under socialbidragsnormen har fördubblats under samma tid.

Vi har en växande kunskap om fostertidens, barndomens och ungdomsårens betydelse för hälsan bland unga, men framförallt senare i livet. Barn- och ungdomsåren innebär en hög sårbarhet. Det är därför viktigt hur uppväxtvillkoren i psykologiska och socioekonomiska termer formar sig. Det faktum att så många unga familjer tvekar eller väntar med att föda barn kan vara ett tecken på att de är osäkra på om de kan skapa tillräckligt bra villkor för sina barn.

Dessutom har utvecklingen på bostadsmarknaden medfört att den nära uppväxtmiljön i bostadsområdet ser allt mera olika ut för barn med olika familjebakgrund. Medan man på arbetsmarknaden har gjort vissa försök att skapa mekanismer som skall göra det möjligt för personer med nedsatt hälsa att få ett arbete som de orkar med eller att få en annan försörjning, fungerar bostadsmarknaden närmast i motsatt riktning. De som mest behöver stöd i form av en resursstark social miljö i anslutning till bostaden har svårast att skaffa sig den. Denna tendens till social bostadssegregation ökar. Därtill kommer en etnisk segregation som ökat påtagligt under 1990-talet framförallt i storstäderna. Denna utveckling ställer allt större krav på samhällets förmåga att med hjälp av bl.a. skola och barnomsorg söka kompensera brister i uppväxtmiljön så att barn ges likvärdiga möjligheter i livets början. Dessa behov har förskola och skola dock fått möta med snabbt försämrade resurser. Under åren 1990-talet har det ekonomiska utrymmet per barn i förskolan minskat med 14 % och i grundskolan med 9 % (SOU 2000:3).

### 3.6 Den fysiska miljön förändras

Stora förbättringar har skett av den fysiska miljön under efterkrigstiden. Minskningar har skett av svavelutsläpp från kol- och oljeeldning, avgaser från biltrafiken, miljötobaksrök, och en mängd fysiska och kemiska faktorer i arbetsmiljön. Radonet, som är en radioaktiv gas som kommer från mark och vissa byggmaterial, ansvarar för ett betydande antal lungcancerfall (400–900) per år. Radonet är fortfarande, trots en minskning, ett problem i många hus. Den främsta utmaningen på kort sikt är radon och de faktorer i inomhusmiljön som har betydelse för allergi och annan överkänslighet.

Luftomsättningen i våra bostäder har på grund av energibesparande åtgärder minskat, vilket betyder att hälften av alla skolor, förskolor och lägenheter i flerbostadshus samt 80 % av småhusen inte har den luftomsättning som behövs. Åtgärder behövs för att undvika risk för fuktiga bostäder och därmed förekomsten av mögel, kvalster och en del kemiska ämnen m.m. som är allergiframkallande eller på annat sätt medför besvär från ögon, näsa och svalg. Passiv rökning har minskat men är fortfarande ett betydande problem på många arbetsplatser, inte minst inom hotell- och restaurangbranschen.

### 3.7 Internationalisering och konsumtionsmönster

Det växande flödet över gränserna av varor, information och kulturella mönster påverkar våra konsumtionsvanor i en mängd avseenden, varav somliga har betydelse för hälsan. En globaliserad marknadsföring av snabbmat, läskedrycker, tobak och alkohol spelar en växande roll för människors levnadsvanor. Det gäller också olika skönhetsideal som påverkar människors kroppsuppfattning m.m. Traditionella svenska mönster med mycket animaliskt fett i kosten och ett dryckesmönster när det gäller alkohol dominerat av starksprit ger vika för andra inriktningar, bl.a. under inflytande av kontinentala mönster. Ur hälsopolitisk synvinkel är mönstret komplext. Å ena sidan ökar tillgången till ett bredare utbud av bl.a. matvaror som är positiva för hälsoutvecklingen. Å andra sidan kan den allt kraftfullare marknadsföringen av vissa ohälsosamma produkter ge mindre positiva effekter.

Dessutom kan den ökade handeln och resandet göra det svårare, men också allt viktigare, att upprätthålla restriktioner inom exempelvis alkoholområdet. Ungdomens ändrade fritidsvanor har för många inneburit mycket stillasittande vid datorn, vilket har minskat den fysiska

aktiviteten och ökat tendensen till övervikt. För hälsopolitiken ligger utmaningen i att öka människors möjligheter att ta till vara det utrymme som skapas för ett sundare konsumtionsmönster. Men när det gäller beroendeskapande droger som alkohol och tobak m.m. måste samhället kunna vidtaga åtgärder för att skydda särskilt sårbara grupper som t.ex. barn och ungdomar.

### 3.8 Tillgången till viktiga hälsovårdstjänster försvåras för låginkomstgrupper

Hälso- och sjukvården har undergått stora strukturförändringar under 1990-talet. Inom ramen för en i stort sett oförändrad ekonomisk ram kommer en allt större del av inkomsterna från patientavgifter. Den privata andelen av kostnader till sjukvård inkl. tandvård och läkemedel har ökat från 9 % år 1986 till 17 % år 1996. En allt större del av vårdkostnaderna går till läkemedel och en allt större del av vården ges av privata vårdgivare. Verksamheten inom hälso- och sjukvården har bl.a. till följd av ÄDEL-reformerna fått ändrad inriktning så att allt mindre resurser går till omvårdnad och allt mer till diagnostik och behandling. Sjukvården har lämnat väsentliga bidrag till den förbättrade folkhälsan under 1990-talet. En betydande del av senare års minskning av hjärt-kärlödlighet och rörelsehinder är exempel på effekter av sjukvårdens insatser.

Däremot har det inte funnits underlag för att hävda att sjukvårdens verksamhet har spelat någon viktig roll när det gäller uppkomsten av aktuella sociala skillnader i ohälsa, bl.a. därför att vårdens tillgänglighet under 1970- och 80-talen i stort sett varit densamma oavsett yrke, inkomst, utbildning etc. Utvecklingen under 1990-talet har emellertid varit problematisk särskilt vad gäller den öppna vården. Resultatet har blivit ett utnyttjande av öppenvård och läkemedel som är relativt lågt jämfört med fördelningen av den självrapporterade sjukligheten (tabell 3.3). Det behöver inte betyda att dessa grupper i medicinsk mening inte får sina sjukvårdsbehov tillgodosedda – endast att när hänsyn tas till kön, ålder och självrapporterad sjuklighet har dessa grupper ett lägre vårdutnyttjande än grupper med högre inkomster.

Tabell 3.3. Andel med minst ett läkarbesök under en tremånadersperiod räknat som oddskvot

(Om oddskvoten är 1,0 har gruppen det vårdutnyttjande som man kan förvänta sig med hänsyn till kön, ålder och självrporterad ohälsa)

	1984–85	1990–91	1993–94
Högre tjänstemän (ref)	1	1	1
Tjm. på mellannivå	1,19	1,02	0,87
Lägre tjänstemän	1,24	1,03	0,85
Facklärd arbetare	1,11	0,92	0,82
Ej facklärd arbetare	1,13	0,97	0,73

Källa: Haglund och Rosén 1996;95:364-5.

Hälso- och sjukvården står för viktiga förebyggande insatser. Om tillgängligheten till följd av vårdutbudets omstrukturering resp. Patientavgifter påverkas negativt för låginkomstgrupperna, som ju har de största behoven av både förebyggande och behandlande insatser, kan det på sikt påverka sjukvårdens möjligheter att bidra till minskade sociala klyftor i hälsa.

Det sker också stora strukturförändringar i äldreomsorgen som också har viktiga funktioner i folkhälsoarbetet. Här sker en minskning av hjälpen till äldre med mindre allvarliga hjälpbehov och en koncentration av insatserna till de sjuka och funktionshindrade äldre. Det gäller särskilt för gifta, vilket betyder att det ökande antalet äldre kvinnor med en hjälpbehövande make får bära en allt större börda (SOU 2000:38). Handikappreformen har inneburit betydande förbättringar för många funktionshindrade, men psykiskt funktionshindrade har fortfarande otillräckligt stöd.



## 4 Utgångspunkter för prioriteringar av mål och åtgärder

### 4.1 Att öka människors frihet från ohälsans konsekvenser

Det har länge varit en grundläggande utgångspunkt i svensk socialpolitik och hälsopolitik att utgå från vad som brukar betecknas som den humanistiska människosynen. Den var vägledande för de etiska ställningstagandena i både Handikapputredningen och i Prioriteringsutredningen. Humanismen som förhållningssätt innebär att alla människors värde är lika. Individens ses som en aktivt handlande och ansvarig social varelse. Samtidigt som hon strävar efter att forma sitt liv i enlighet med sina behov tar hon medansvar för helheten och andras bästa. Därmed tar man avstånd från en deterministisk syn på människan, som enbart styrd av ödet, sina genetiska förutsättningar eller av sina sociala villkor.

Det innebär att alla skall ha likvärdiga möjligheter till utveckling i viktiga avseenden. Man skall själv kunna välja det sätt som man vill söka tillfredsställa sina önskemål på. Målet för samhällsutvecklingen kan enligt detta synsätt beskrivas som att förverkliga en strävan mot alla människors *frihet* att forma sina liv. Det innebär<sup>1</sup> därmed också en strävan mot full *delaktighet* och *jämlikhet*. Det är individens frihet att medvetet kontrollera och styra sina levnadsvillkor, som är den avgörande välfärdsdimensionen. Detta synsätt följer också traditionen inom svensk välfärdspolitik och välfärdsforskning. Det är mot den välfärdsdimensionen både effektivitet och jämlikhet skall prövas i hälsopolitiken.<sup>2</sup>

För hälsopolitiken innebär detta att det är ohälsans betydelse för människors faktiska möjligheter att välja och påverka sina levnadsvillkor som blir avgörande. Därmed blir det ohälsans konsekvenser

<sup>1</sup> Sen A. *Development as Freedom*. Oxford University Press 1999.

<sup>2</sup> Johansson S. *Om Levnadsnivåundersökningen*. Stockholm. Låginkomstutredningen/Allmänna Förlaget 1970.

mätt i termer av *för tidig död och handikapp* som framför allt bör beaktas på befolkningsnivån. Det blir alltså enligt detta synsätt inte ohälsa i betydelsen biologisk avvikelse eller nedsatt subjektivt välbefinnande som är viktigast att åtgärda på samhällsnivå. Det centrala är om samspellet mellan människans funktioner och miljön begränsar människors faktiska frihet och därmed skapar handikapp. Detta ställningstagande får också viktiga konsekvenser för jämlikhetsmålet. I tabell 2.6 i kapitel 2 visas att ojämlikheten mellan sociala grupper blir större ju mera man rör sig från självrapporterad ohälsa till ohälsans faktiska konsekvenser för funktion och sysselsättning. Däremot kan det subjektiva välbefinnandet vara ett viktigt led i de psykosociala mekanismer som påverkar sjukdom och skador.

Med detta synsätt avstår kommittén från att formulera någon egen definition av vad hälsa är. Hälsa kan beskrivas på många olika sätt, varje individ har sin egen syn. Kommitténs främsta uppgift är att förebygga ohälsa som lägger hinder i vägen för människors frihet att själva forma sina liv.

Kommittén har valt att formulera mål kring ohälsans orsaker och inte kring enskilda sjukdomar. Samtidigt vill kommittén betona att de frisk- och skyddsfaktorer som finns för att främja hälsa oftast – med de kunskaper som idag finns – är likartade de riskfaktorer som finns för ohälsa. Att främja social gemenskap, kulturella upplevelser och gröna rekreationsområden är friskfaktorer. Samtidigt innebär avsaknaden av sådana faktorer istället risker för hälsan på sikt. Kommittén har valt att i möjligaste mån uttrycka bestämningsfaktorerna som positiva friskfaktorer.

En och samma exponering för en riskfaktor är ofta en bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador. Det är därför lättare att sätta fokus på bestämningsfaktorer än på enskilda sjukdomar. De orsaker man väljer att angripa kan också väljas utifrån deras betydelse för ohälsans fördelning och konsekvenser. Det är lättare att följa effekterna av bestämningsfaktorer eftersom latenstiden är mycket kortare än den tid – ibland flera decennier – som förflyter fram till att sjukdom eller annan ohälsa visar sig. Men det är framför allt ett sätt att betona att flera olika samhällssektorer är ”ägare” av orsakerna till sjukdom.

Man kan inte prioritera allt. Det måste ske ett val av bestämningsfaktorer baserade på principer som är så synliga och tydliga som möjligt. Kommittén vill här summera sina överväganden och ställningstaganden, som får direkt relevans för prioritering av mål och åtgärder i följande kapitel, mot bakgrund av våra tidigare resonemang och remissinstansernas synpunkter på dessa.

## 4.2 Att minimera ohälsan för de svårast sjuka

De första hälsopolitiska initiativen togs för 300 år sedan. Det skedde då utifrån staternas behov av att stärka de framväxande europeiska nationerna. Avgörande för en nations överlevnad och framgång var befolkningens storlek och hälsa. Det handlade om att maximera det samlade antalet arbetsdugliga soldater, bönder och arbetare. Man insåg tidigt att inte bara fruktsamheten utan även insatser mot barnadödligheten tillhörde frågor av högsta nationella intresse.<sup>3</sup> Fattigdom ansågs vara en orsak till, men också en effekt av dålig hälsa – för individer och för nationer. Men människors hälsa var i första hand till för statens skull, inte tvärtom.

Traditionen att på olika sätt söka maximera summan av välfärd i samhället lever vidare i både nationalekonomi, välfärdspolitik och hälsopolitik. Denna princip tar således inte hänsyn till välfärdens fördelning. Man menar att välfärden är lika mycket värd oavsett vem som har den. Det är enligt detta synsätt lika mycket värt att förbättra hälsan för individer, som endast har någon lättare åkomma, som att göra det för redan svårt sjuka. Även om det kan låta rättvist i betydelsen alla människors lika värde, får det dock enligt kommitténs mening oacceptabla konsekvenser i förhållande till människovärdesprincipen och behovs/solidaritetsprincipen som kräver att de svårast sjuka går före.

Den faktiska hälsoutvecklingen har i Sverige, liksom i många andra länder, visat ett mönster där folkhälsan i många avseenden förbättrats i "genomsnitt". Samtidigt har de relativa skillnaderna ökat mellan sociala grupper, resp. män och kvinnor när det gäller vissa hälsoproblem. Det ställer oss inför överväganden om hur vi skall ställa oss till folkhälsopolitiska insatser som i praktiken gynnar många människor, om det samtidigt innebär att de grupper som har den sämsta hälsan inte får någon förbättring. Kommitténs bedömning är att jämlikhetsaspekten skall prägla handlandet om insatserna står i konflikt med varandra. Samtidigt bör det påpekas att många insatser för folkhälsan inte behöver innebära någon sådan motsättning.

<sup>3</sup> Rosen G. *A History of Public Health*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press 1993 (1958).

### 4.3 Effektivitet och jämlikhet

Jämlikhet i hälsa är inget oproblematisk mål. Variationen i hälsa mellan individer är till stora delar betingade av genetik och ålder. Vilka olikheter i hälsa är då att betrakta som orättvisa? Enligt kommitténs sätt att se är olikheter i hälsa orättvisa, om de går att påverka och de inte uppenbart är individens eget val. Gränsen för vad som är möjligt att påverka flyttas hela tiden i takt med den vetenskapliga och sociala utvecklingen, och gränsen för vad som är fria val är inte heller självklar.

Att vuxna människor med tillgång till all information om risker väljer att utsätta sig för- och sedan drabbas av ohälsa – genom att t.ex. bestiga höga berg, kanske inte uppfattas som orättvist. När det gäller t.ex. rökning är det svårare, eftersom det är en beroendeframkallande drog och man dessutom kan konstatera att ensamstående mödrar med svårigheter på arbetsmarknaden röker mer än andra grupper.

Man kan hävda att olikheter i hälsa är orättvisa, om de är ett resultat av grundläggande strukturer i samhället som skapar rikedom och hälsa för många och fattigdom och ohälsa för några. I den mån olikheter däremot är nödvändiga för den samhällsutveckling som är till gagn för de mindre privilegierade, kan de betraktas som rättvisa. Den arbetsdelning i samhället som vi alla är en del av skapar ett beroende mellan människor och grupper. Vi har ett gemensamt ansvar att förebygga de ”orättvisa” effekterna av denna struktur, genom att undanröja de olikheter som inte är till gagn för de mest utsatta. Av dessa skäl menar vi att ansvaret för individers hälsa är delat mellan individ och samhälle, men ansvaret för orättvisor i hälsans fördelning mellan grupper främst är ett ansvar för samhället.

Skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen kan knappast i något fall hävdas vara till gagn för någon. Men vissa av de villkor som skapar ohälsa och som människor präglas av under sin uppväxt, i sitt arbete och i sitt boende är inte lika lätta att kategoriskt beteckna som orättvisa. Arbetsdelningen, människors frihet att delta på en marknad både som arbetskraft och konsument och alla de incitament som därmed skapas för att öka marknadens effektivitet, skapar skillnader. Det gör också olika kulturella och religiösa motiv för olika livsstilar.

Det innebär att det framför allt är sådana förhållanden som har väl belagda effekter på för tidig död och handikapp, och som dessutom i första hand påverkar dem med sämre utgångsläge, som det är särskilt angeläget att åtgärda. Man måste för varje sådan bestämningsfaktor överväga om det går att minska eller undanröja dessa faktorer, utan att det äventyrar de grundläggande förutsättningarna för att tillförsäkra utsatta grupper ett välstånd.

Exempel på faktorer som i den följande genomgången av bestämningsfaktorer blir särskilt aktuella att överväga är barnfamiljernas och särskilt ensamförsörjarnas ekonomiska och sociala situation, förhållanden i skolan som ökar risken för tidig utslagning bland barnen, och människors möjligheter till inflytande och kontroll över sina arbetsvillkor. De är exempel på förhållanden som har visat sig ha stor betydelse för sjukdomsutveckling och som är socialt mycket snedfördelade i befolkningen. Ibland är mera mellanliggande faktorer i orsakskedjorna också av särskild betydelse i detta sammanhang – tobaks- och alkoholkonsumtionen spelar t.ex. en mycket stor roll för uppkomsten av sociala klyftor i ohälsa.

#### 4.4 Jämlikhet i ohälsans orsaker eller konsekvenser

Det faktum att det är ohälsans konsekvenser i termer av 'frihetsinskränkning' som är vårt yttersta kriterium på framgång i hälsopolitiken, betyder att det inte bara är fördelningen av bestämningsfaktorer som är viktig. Som vi nämnt (avsnitt 3.1) översätts en given sjukdomsorsak till sjukdom beroende på förekomsten av en mängd olika faktorer och en given sjukdoms konsekvens för individen är också beroende av andra förhållanden än just sjukdomen.

Vi brukar använda ordet "sårbarhet" för att uttrycka det förhållandet att individer och grupper till följd av genetiska faktorer, uppväxtvillkor etc. är mera känsliga för effekterna av givna bestämningsfaktorer än andra. Det finns mängder av exempel från dagens hälsopolitik på att vi tar hänsyn till denna sårbarhet. Vi vet att under barnets första år är en nära känslomässig anknytning till föräldrarna särskilt viktig för hälsan senare i livet. Därför riktas också olika socialpolitiska och hälsopolitiska åtgärder mot denna grupp.

Vi vet att tonåringar är mera känsliga för att utveckla beroende av alkohol och tobak och därför har samhället infört särskilda restriktioner i tillgängligheten till dem. Vi vet också att människor med mycket höga krav på sig i arbetet är särskilt sårbara för hälsoeffekterna av bristande inflytande och kontroll över hur de skall leva upp till kraven. Ändå förändras arbetslivet inom vissa sektorer i en riktning där kraven ökas kraftigt utan motsvarande ökning av kontrollen. Detta samspel mellan bestämningsfaktorer blir också ett viktigt kriterium för valet och prioriteringen mellan bestämningsfaktorer och målgrupper.

Våra överväganden i nästa kapitel försöker ta hänsyn till detta, framför allt i valet av målgrupper och i valet av sådana åtgärder där

solidaritet med dem som är sårbara ger samhället ett särskilt ansvar. Ett starkt fokus på barnens uppväxtvillkor och omsorgen om dem som är särskilt sårbara för alkoholens och tobakens skadeverkningar motiveras av dessa överväganden.

Många bestämningsfaktorer har den egenskapen att de inte bara är orsaker till sjukdom utan att de också påverkar sjukdomens förlopp och konsekvenser. Passiv rökning påverkar barnens risk att utveckla allergi. Om man väl utvecklat allergi ökar besvären i betydande utsträckning om man utsätts för tobaksrök och andra retande ämnen. Ergonomiska faktorer i arbetsmiljön påverkar risken att utveckla ryggont, men de är också avgörande för i vilken utsträckning människor med återkommande ryggbesvär kan arbeta kvar. Vår granskning och prioritering av olika bestämningsfaktorer måste därför ha dessa båda aspekter aktuella.

Många bestämningsfaktorer är viktiga inte bara för att minska risken för friska att bli sjuka utan också för att människor med sjukdom och funktionsnedsättningar inte skall förvärra sitt tillstånd. Exempel som har lyfts fram av handikapprörelsen är ekonomisk stress. Människor med funktionsnedsättningar har inte bara svårare att skaffa sig nödvändiga inkomster, utan också sämre möjligheter att omsätta en given inkomst i friheten att forma sitt liv, vilket är målet, därför att kostnaderna för att göra det ofta är högre än för andra.

#### 4.5 Att på lång sikt stärka den solidariska hälsopolitikens förutsättningar

Vi har i våra överväganden om samhällsstrukturens roll i kapitel 3 betonat den hälsopolitiska betydelsen av det kitt som håller ihop samhället i termer av solidaritet och socialt kapital. Dessa förhållanden har inte bara direkt betydelse för människors hälsa. De är också avgörande för i vilken utsträckning den hälsopolitik som vi formulerar i detta betänkande kan genomföras. I och med att den är en integrerad del av den bredare välfärdspolitiken blir den på samma gång beroende av och avgörande för denna politiks långsiktiga legitimitet.

## 5 Vision och övergripande riktlinjer för en god hälsa på lika villkor

### 5.1 En god hälsa på lika villkor – vår vision

Utgångspunkten för folkhälsopolitiska strävanden är alla människors lika värde. Det betyder att varje individ skall ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar. Alla individer är unika. En del föds med svåra funktionshinder, en del bär med sig en genetisk sårbarhet, andra blir genom en otrygg start i livet eller omständigheter i vuxenlivet sårbara. Under livscykeln varierar dessutom hälsan hos oss alla.

Hälsan och ohälsan, som vi idag kan mäta den, är ojämnt fördelad. Det beror mer på olika livsvillkor och levnadsvanor än genetiska faktorer. Därmed är utvecklingen av hälsan något som är en samhällelig angelägenhet. För ett demokratiskt samhälle, med den humanistiska människosynen som grund, är det självklart att försöka ändra de villkor som främst skapar de påverkbara skillnaderna i hälsa.

Varje individ måste därmed ges möjligheter att nå den hälsa som är individuellt möjlig. För att det skall kunna ske krävs en samhällsmiljö som är hälsovänlig för alla, men också särskilt stöd åt vissa individer och grupper i samhället.

Dagens svenska samhälle präglas i grunden av en god fysisk och social miljö. Det avspeglas tydligast i den ökande medellivslängden och den mycket låga spädbarnsdödligheten. Däremot kvarstår stora skillnader i hälsa, som inte är biologiskt betingade. Eftersom skillnaderna följer mycket tydliga sociala mönster, så beror inte olikheterna i hälsan främst på individernas medvetna val av livsstil. I ett gott samhälle skall inte medborgarna ha så olika villkor att konsekvenserna blir stora skillnader i livslängd eller sjuklighet.

Eftersom det svenska samhället under det förra seklet utvecklades till ett på många sätt hälsovänligt samhälle, så är den stora utmaningen för samhället i dess helhet att främst prioritera sådana insatser som kan utjämna de påverkbara skillnaderna i hälsa. Ett sådant samhälle blir också bättre och tryggare att leva i för alla människor.

Hälsans bestämningsfaktorer handlar om både det absolut grundläggande, som rent vatten, mat, värme och en giftfri och säker miljö, och de faktorer som stödjer individen att bli stark och mindre sårbar för olika risker och utmaningar i livet. Den som känner sig behövd, som upplever tillvaron som meningsfull och som känner sig ha kontroll över sitt eget liv har lättare att behålla hälsan än den som känner sig ensam och utan sammanhang.

De demokratiska förutsättningarna och öppenheten för etnisk mångfald har därför betydelse för människors möjlighet till delaktighet och att kunna påverka sina egna villkor. Att stärka individen så att hon blir mindre sårbar och lättare kan göra övervägda egna val är en viktig utmaning för ett hälsovänligt samhälle. Det är särskilt viktigt för dem som mer än andra är i behov av stöd och hjälp.

Mot denna bakgrund ser vi det som angeläget att skapa ett samhälle där livsvillkoren förändras så att alla individer har likvärdiga möjligheter att utveckla den påverkbara hälsan. Hälsan kommer aldrig att bli jämlik. Det beror bl.a. på individens genetiska kod, olika utsatthet för smittsamma sjukdomar och olyckor samt egna val av levnadsvanor. Däremot kan de påverkbara villkoren för att uppnå en god hälsa förändras.

En god hälsa på lika villkor är en vision som samhället skall sträva efter att nå. En samhällsutveckling som har en sådan vision som ledstjärna utvecklas annorlunda än om det är någon annan vision som präglar utvecklingen.

Det finns ett antal övergripande principer och synsätt som bör präglar en sådan samhällsutveckling. Allt går inte att besluta om. Samhällsutvecklingen är alltför komplex och består av så många olika aktörer att det är omöjligt. Det finns också andra motiv för samhällets engagemang än att enbart främja hälsan. I vissa avseenden kan dessa utvecklingssträvanden komma i konflikt med varandra.

## 5.2 Övergripande riktlinjer

De principer och synsätt som är grundläggande för att nå en god hälsa på lika villkor i dagens svenska samhälle och som bör präglar samhällsutvecklingen är följande sex övergripande riktlinjer.



## 1. Stärk det sociala kapitalet

Utmärkande för samhällen med en god hälsa för hela befolkningen är ett starkt socialt kapital. I ordet socialt kapital ligger flera viktiga dimensioner. Det handlar om ett samhälle med ett starkt socialt kitt mellan medborgarna, om gemenskap, om solidaritet, om tillit till både samhället i dess helhet och till andra människor. Det sociala kapitalet främjas av delaktighet, att det inte finns stora klyftor i inkomst och förmögenhet samt att alla medborgare har tillgång till likartade utbildningsmöjligheter, ekonomisk trygghet, sjukvård m.m. Samhällen som präglas av solidaritet mellan medborgarna, såväl i stort som mellan människor i närmiljön, främjar det sociala kapitalet. Sociala sammanlutningar, föreningar och nätverk bidrar till utvecklingen av detta.

Sverige har varit – och är fortfarande – rikt på socialt kapital. Det är en av anledningarna till vår goda folkhälsa. Idag förändras samhället mycket snabbt. Det finns inslag i denna samhällsförändring som tenderar att utarma det sociala kapitalet istället för att ytterligare stärka det. Alla samhällssektorer bör därför präglas av insikten om hur betydelsefullt det är för hälsans utveckling i befolkningen som helhet – men allra påtagligast för att minska skillnaderna i hälsa – att stärka solidaritet och sammanhållning. Det handlar om att stora inkomstklyftor ska motverkas, att de sociala trygghetssystemen fungerar som en ryggrad i samhällets sociala kitt, att olika former av segregation bekämpas, att diskriminering upphör och att stödjande miljöer främjas.

Att stärka det sociala kapitalet påverkar hälsan på olika sätt. Eftersom kropp och psyke hör ihop så främjas all hälsa av en god social tillhörighet. Det är särskilt tydligt för den psykiska hälsan, för självmordsrisker, för alkoholvanor, skador till följd av våld och hjärt-kärlsjukdomar. Framför allt behandlas frågor kring det sociala kapitalet i målen 1 och 2.

## 2. Utveckla goda uppväxtvillkor

Hälsan grundläggs under barndomen. En god psykisk, social och fysisk miljö under uppväxtåren skapar trygga och mindre sårbara människor för olika påfrestningar under resten av livet. Att få en trygg anknytning till sina föräldrar under de första åren har en alldeles särskild betydelse för den framtida psykiska hälsan och sårbarheten. Barns hälsa, psykisk såväl som fysisk, är starkt relaterad till föräldrarnas sociala tillhörighet. En god eller dålig hälsa påverkas av det sociala arvet.

Alla barn ska så långt det är möjligt ges likartade möjligheter till ett liv med god hälsa. För att göra det möjligt måste samhället på olika sätt stödja föräldraskapet och det sociala nätverket runt varje barn. Det är väsentligt att föräldrarna blir säkra i sin fostrarroll och känner att de har kontroll över familjens vardagsvillkor. I barns och ungdomars miljöer är det viktigt att det finns fler vuxna än föräldrarna som kan stödja barnet. Att satsa på en god förskola, skola och fritidsverksamhet och andra verksamheter som stödjer barn och föräldrar är främjande för barns och ungdomars hälsa och påverkar också deras hälsa som vuxna.

Att skapa goda uppväxtvillkor för alla barn har en stark påverkan på hälsotillståndet i befolkningen. Det har också en tydligt utjämnande effekt på sociala skillnader i hälsa. Barns och ungdomars villkor behandlas särskilt under mål 3, men även under de flesta andra mål.

### **3. Förbättra villkoren i arbetslivet**

Det goda arbetet är en viktig förutsättning för hälsan. Det betyder att samhället ständigt bör sträva efter en hög sysselsättning och satsa särskilt på att undvika långtidsarbetslöshet, diskriminering och utslagning från arbetslivet av olika grupper. Arbetet måste också präglas av en säker och trygg miljö, fysiskt såväl som psykiskt. En viktig faktor för en hälsofrämjande arbetsmiljö är att arbetstagaren har kontroll över sitt arbete, både hur det ska utföras och hur mycket som är rimligt att orka med. Arbetslivet präglas idag av för mycket negativ stress och är inte tillräckligt flexibelt för att på ett bra sätt kunna förena med familjeliv.

Arbetsmarknaden står inför stora utmaningar. De förändringar som sker på grund av arbetslivets omvandling måste balanseras mot människors möjligheter att kunna må bra och fungera under ett helt yrkesliv. Arbetsmiljön måste i den meningen vara uthållig.

Att utveckla det goda arbetet är särskilt viktigt för att minska hjärt-kärlsjukdomar, värk och belastningsskador, psykisk ohälsa och andra stressrelaterade sjukdomar. Villkoren i arbetslivet behandlas främst under målen 4 och 5.

### **4. Skapa en god fysisk miljö**

En god fysisk miljö är grundläggande för en befolknings hälsa. Rent vatten, avlopp, ren luft och en giftfri miljö tillhör hälsans förutsättningar. Därför måste miljöarbetet ständigt vara på en hög nivå. Nya produkter kan innebära risker och måste identifieras och åtgärdas, sam-

tidigt som människor måste skyddas mot risker i miljön som är kända sedan länge.

Till en god miljö hör också naturen, som betyder mycket för människors behov av återhämtning och avslappning. Närheten till tillgängliga naturområden och parker påverkar också möjligheten till fysisk aktivitet och intresse för utevistelse. När vi är barn eller gamla är närmiljön särskilt viktig.

Att knyta ihop miljöarbetet med hälsoarbetet är viktigt. Ett miljöarbete som skyddar växter och djur från risker är oftast också hälso- samt för oss människor.

Miljön påverkar vår hälsa på olika sätt, det gäller särskilt för infektioner, allergier, hudcancer, lungcancer, skador, hörselskador, trötthet, stressrelaterade sjukdomar, psykisk oro och lättare depressioner. Olika miljöfrågor behandlas under målen 6, 7 och 8.

## **5. Stimulera hälsofrämjande levnadsvanor**

Levnadsvanornas betydelse för hälsan är omfattande. Matvanor, fysisk aktivitet, sexuella kontakter, solvanor, alkoholvanor, tobaksbruk eller bruk av andra droger är exempel på levnadsvanor som har stor påverkan på hälsan.

Dessa levnadsvanor är en kombination av i vilken miljö och kultur individen vistas och det egna valet. Levnadsvanorna kan därför påverkas genom att stärka individen till att kunna göra bra val och genom att påverka de miljöer där ohälsosamma levnadsvanor skapas. Av solidaritet med människor som är särskilt sårbara för olika livsstilsrisker krävs också vissa restriktioner när det gäller tillgången till bl.a. alkohol, tobak och andra droger.

Hälsan påverkas på många sätt av våra levnadsvanor, särskilt gäller det hjärt-kärlsjukdomar, cancer, allergier, skador, sexuellt överförda sjukdomar, psykiska problem, benskörhet, diabetes och värk i rörelseorganen. Frågor som särskilt rör levnadsvanor behandlas i målen 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 och 17.

## **6. Utveckla en god infrastruktur för hälsofrågor**

Samhällets stödsystem för främjande av en god hälsa är väsentligt. Hälso- och sjukvården är den aktör som enbart har hälsa och sjukdom som utgångspunkt i sitt arbete. Därför är en omorientering till ett mer hälsofrämjande arbetssätt centralt för möjligheterna att påverka hälsoutvecklingen.

Det finns samtidigt många andra samhällsliga aktörer och åtgärder som är viktiga för hälsans utveckling. Kommuner och landsting kan genom hälsoplaner och i samverkan utveckla det hälsofrämjande arbetet. Utbildning av olika yrkeskategorier i folkhälsovetenskap och utveckling av forskning med ett tvärsektorielt perspektiv är andra nödvändiga instrument för den samlade kunskapen kring hälsan och dess påverkansmöjligheter.

För att de enskilda individerna skall kunna göra goda val, förutsätts att samhället ser till att medborgarna erhåller saklig information. Tillgången på vederhäftig information på det medium individen behärskar är en demokratifråga. Det är ett ansvar som måste delas av olika samhällssektorer.

Hälsan i befolkningen påverkas av hur samhällsorganen och frivilliga organisationer planerar och gemensamt arbetar för att främja hälsan. Samverkan kan ha en avgörande betydelse för att minska de sociala skillnaderna i hälsa och att främja hälsan hos grupper som är särskilt sårbara i olika avseenden. Under målen 15, 16, 17 och 18 behandlas dessa frågor särskilt.

## 6 Nationella mål för folkhälsan

### 6.1 Inledning

I det följande har kommittén formulerat mål för de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsan, den psykiska såväl som den fysiska. Eftersom det allmänna hälsotillståndet och de flesta påverkbara sjukdomar och skador har sin orsak i flera samverkande faktorer, så har vi valt att inte formulera mål och åtgärder för specifika symptom på ohälsa. För att förebygga både psykisk och fysisk ohälsa behövs insatser från de flesta sektorer i samhället, från det offentliga, från arbetslivet, från civilsamhället och från individerna själva.

#### **Psykisk ohälsa behöver åtgärdas på bred front**

Den psykiska ohälsan i form av trötthet, oro, ångestkänslor, nedstämdhet, sömnproblem och psykosomatiska besvär ökar enligt olika undersökningar som mäter människors självupplevda hälsa, men också i form av diagnostiserad ohälsa. Kropp och psyke är en helhet och när individen utsätts för påfrestningar påverkas både den fysiska och psykiska hälsan. Det är särskilt svårt att mäta den psykiska ohälsan över tid, på grund av att människors attityder förändras. Idag kan det vara lättare att säga att man mår dåligt psykiskt, något som var mer eller mindre tabubelagt tidigare. Sjukskrivningsintyg följer delvis samma mönster. Psykisk ohälsa doldes ofta tidigare under andra diagnoser. Själv mord, som är ett tydligt mått på hur människor mår psykiskt, har minskat, men är fortfarande den vanligaste dödsorsaken för yngre män. Kommitténs bedömning är att oavsett hur mycket den psykiska ohälsan ökat, så är den av den storleksordningen att den är ett allvarligt hot mot folkhälsan.

Den självrapporterade psykiska oron ökar i alla befolkningsgrupper, utom hos de allra äldsta, även om den fortfarande är störst där. Men ökningen är inte jämnt fördelad i befolkningen. Yngre, korttidsutbildade kvinnor uppvisar de största försämringarna. Kön, ålder,

utbildningsbakgrund och yrke är viktiga bestämningfaktorer för den psykiska hälsan.

Människor är olika sårbara för psykiska och fysiska påfrestningar i livet, en sårbarhet som delvis är genetiskt betingad men framför allt påverkas av villkoren under barndomen. Familjesituationen, hur barnens anknytning är till föräldrarna, kontakter med andra vuxna, kamratrelationer, skolans sätt att fungera, utbildning och senare den egna familjebildningen är alla viktiga komponenter i skapandet av människors förmåga att handskas med livets påfrestningar.

Samtidigt befinner sig människor ständigt i utveckling och påverkas oavbrutet av den rådande situation man befinner sig i. Det betyder att även den person som haft goda uppväxtvillkor kan bli ytterst sårbar om påfrestningar i livet blir för stora. Men det betyder också att den som från början haft en otrygg barndom kan utvecklas till att psykiskt må bra, om omständigheterna i livet blir gynnsamma.

Om man är utsatt för negativ stress, dvs. att ha mycket att göra men liten kontroll över sitt arbete, så är det en grogrund för psykisk ohälsa. Stressreaktioner utlöses också av att människor har för lite att göra, att inte känna sig behövda, inte känna att man har kontroll över tillvaron eller att man inte ingår i en gemenskap.

Orsaksmekanismerna bakom psykisk ohälsa är sammansatta, vilket innebär att många delar av samhället är berörda och måste mobiliseras i arbetet för att förbättra människors psykiska hälsa. Ingen sektor kan säga att den inte är berörd i något avseende.

Idag kan man konstatera att situationen i arbetslivet är en viktig förklaring till den ökande rapporterade psykiska ohälsan, eftersom ohälsan så tydligt följer vissa typer av arbetssituationer. I samspelet med de yttre omständigheterna i arbetet och med individens egen sårbarhet uppstår olika tecken på psykisk ohälsa hos en del.

Ekonomisk stress, otrygga ekonomiska förhållanden, viss form av segregation, arbetslöshet och diskriminerande behandling av t.ex. invandrare, funktionshindrade eller homosexuella är alla riskfaktorer för utvecklande av psykisk ohälsa. Alkoholmissbruk är också en faktor som påverkar den psykiska hälsan negativt.

Samhället förändras mycket snabbt och därmed ställs stora krav på människors förmåga att hantera olika relationer och olika former av familjebildning. Att kunna få stöd att hantera olika kriser och separationer, är också en viktig del i att minska den psykiska sårbarheten.

Att stärka den sociala gemenskapen genom olika stödjande miljöer, nätverk och föreningsliv i civilsamhället är viktigt för att vi som individer skall känna att vi ingår i ett sammanhang och att vi vet att vi kan få hjälp när vi behöver.

Människor har ett stort behov av rekreation. Naturen och gröna omgivningar har visat sig ha en särskild stor betydelse för människans återhämtning från olika stresstillstånd. Stadsplanering, hur man planerar tillgänglighet till rekreationsområden, hur barns lekmiljöer och hur utemiljöer vid särskilda boenden ser ut har betydelse för den psykiska återhämtningen.

Bland äldre är psykisk oro mycket vanlig. Brist på sociala relationer, ensamhet och isolering är grogrund för psykisk ohälsa. Att stärka möjligheterna, också rent praktiskt, för äldre och vissa funktionshindrade att upprätthålla sociala relationer och komma ut bland andra människor är viktiga faktorer för den psykiska hälsan.

Det finns också starka samband mellan psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor, som rökning, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, att utsätta sig för sexuella risker, att äta mindre hälsosam mat och att röra sig mindre fysiskt. Att bli stärkt i sin självkänsla och i viljan att överleva inte bara för stunden, utan också på sikt, är avgörande för människors val av levnadsvanor. Den psykiska hälsan är därmed en viktig faktor för att kunna påverka individuella levnadsvanor. Dessutom påverkar levnadsvanorna den psykiska hälsan.

Inom hälso- och sjukvården finns en stor och delvis outnyttjad potential till att tidigare än idag kunna upptäcka psykiska problem och t.ex. signaler om självmordsbenägenhet. Man kan också initiera stöd till människor som i olika avseenden behöver stöd i krissituationer. Det kan handla om att förebygga psykisk ohälsa genom att förmedla kontakt mellan människor med samma sjukdom eller att stödja anhöriga till sjuka personer.

Om människor upplever sin psykiska hälsa som god, så minskar också sårbarheten för olika sjukdomar och påfrestningar. Den psykiska ohälsan är en stor utmaning för det svenska samhället och folkhälsan. Kommitténs bedömning är att den psykiska ohälsan är det mest angelägna folkhälsoproblemet att angripa, dels på grund av dess storlek, men också för att minst sammantagna insatser har gjorts för att förebygga psykisk ohälsa.

För att bevara och förbättra människors psykiska hälsa behövs insatser inom ett stort antal områden. Under nästan samtliga mål som presenteras i detta kapitel redovisas därför åtgärder som har betydelse för att stärka den psykiska hälsan.

### **Svåra somatiska folksjukdomar som kan påverkas**

Människors fysiska ohälsa och sjukdomar är möjliga att påverka i varierande utsträckning genom bestämningsfaktorer som avser miljön, människors livsvillkor och deras levnadsvanor. Hjärt-kärlsjukdomar kan delvis påverkas av levnadsvanor och olika stressfaktorer i individens miljö. Vissa personer är mer genetiskt disponerade än andra för dessa sjukdomar. Än viktigare blir det då för individen att se vilka levnadsvanor som är särskilt angelägna att förändra för att förebygga hjärt-kärlsjukdomar. Målen 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 12 och 13 handlar om faktorer som kan minska risken för att få hjärt-kärlsjukdomar.

Värk och belastningsskador i rörelseorganen är ett stort folkhälsoproblem som i mycket hög grad är påverkbart genom arbetsmiljöer som är bättre anpassade till individens förutsättningar. De förorsakas också av spänningar och negativ stress. Individens egen fysiska aktivitet påverkar dessutom den fysiska sårbarheten för påfrestningar. Målen 5, 6 och 9 är särskilt viktiga för att förebygga skador och värk i rörelseorganen.

Allergier ökar mycket snabbt i befolkningen och är ett stort folkhälsoproblem. Det råder fortfarande stor osäkerhet om orsakerna till den snabba ökningen av allergiförekomst. En fortsatt satsning på forskning är därför mycket angelägen. Däremot har vi idag kunskap om en rad faktorer som ökar risken för att allergi eller astma skall utlösas eller försvåras. Det handlar om luftföroreningar, inomhusmiljö, byggnadsmaterial, tobaksrök, olika produkter, parfymämnen, pälsdjur, när små barn skall börja äta viss mat etc. Målen 3, 5, 7, 8, 10 och 12 är särskilt viktiga för att förebygga allergier.

Vissa typer av cancer är direkt relaterade till kända miljörisker och levnadsvanor. Förekomsten av lungcancer kan minska genom minskad tobaksrökning, miljötobaksrök och radonförekomst i byggnader och hudcancer kan minska genom bättre solvanor. Vissa cancerformer i mage och tarm kan minska genom förändrade matvanor m.m. Målen 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 och 12 påverkar på olika sätt förekomsten av vissa cancerformer.

Skador är ofta det som är enklast att förebygga och resultatet av en säkrare miljö visar sig omedelbart i form av färre olyckor. Målen 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13 och 14 är särskilt viktiga att uppmärksamma i det skadeförebyggande arbetet.

Smittsamma sjukdomar och infektioner har framgångsrikt bekämpats i vårt land genom en kombination av smittskydd, ökad kunskap hos befolkningen, bättre levnadsvillkor och behandling med antibiotika. Samhället måste ständigt hålla en hög beredskap mot



smittsamma sjukdomar. Målen 1, 3, 6, 10, 11 och 15 har särskild betydelse för att upprätthålla ett högt smittskydd.

## 6.2 Nationella mål, delmål och utmaningar till aktörer

De 18 mål som kommittén presenterar är övergripande till sin karaktär och gäller det sociala kapitalet i samhället, barns och ungdomars uppväxtvillkor, förhållandena i arbetslivet, den fysiska miljön, olika levnadsvanor och infrastrukturen för att främja folkhälsan. Målen har konkretiserats i delmål som fokuserar ändå tydligare än målen på sådana faktorer som är risk-, frisk- eller skyddsfaktorer för hälsan resp. faktorer som stärker infrastrukturen för folkhälsoarbetet.

I avsikt att vara tydliga redovisar kommittén i kapitlet varje mål med delmål inlagda i en ruta. Texten som följer efter rutan redogör för den betydelse som bestämningsfaktorer i resp. mål och delmål har för hälsosituationen för befolkningen i stort och i olika grupper. För att inte belasta den komprimerade texten med alla vetenskapliga referenser som finns som stöd för resonemangen har kommittén valt att avstå från att redovisa referenserna i detta kapitel. Referenserna anges i stället i den bilagedel till betänkandet som avses redovisas separat inom kort.

Mot bakgrund av resp. mål med delmål och resonemangen i texten redovisar kommittén utmaningar till olika aktörer. Dessa är aktörer på den nationella nivån som t.ex. regeringen och statliga myndigheter, men också andra nationella aktörer som Apoteket AB. Det är också utmaningar till aktörer på regional och lokal nivå som landsting och kommuner samt företag och organisationer. Utmaningarna till aktörerna är mycket kortfattade och anger sådant som kommittén uppfattar som viktigt att åtgärda. Utmaningarna handlar både om större förändringar på sikt och om mer konkreta insatser som är möjliga att genomföra på kort sikt. Kommittén är väl medveten om att vissa utmaningar har en betydelse som går långt utöver deras hälsopolitiska dimension, men det är kommitténs bedömning att de har stor betydelse från hälsosynpunkt.

Delmålen i kapitlet har koppling till ett stort antal indikatorer. Indikatorerna syftar till att fånga väsentliga förhållanden som gäller de bestämningsfaktorer som anges i målen, men är inte i sig själva några bestämningsfaktorer. För indikatorer kan anges procentsatser så att man säger vad som bör ha uppnåtts vid en viss tidpunkt jämfört med dagsläget. Kommittén har valt att inte ange indikatorerna på det sättet, med undantag för hur tobaksbruket bör minska. I det fallet har procent-

siffrorna angivits i delmålen. Vi menar att det bör ankomma på Folkhälsoinstitutet att i samverkan med andra myndigheter specificera procentsatser och även utveckla indikatorerna för resp. delmål. De indikatorer som kommittén har specificerat redovisas i bilaga 2 i betänkandet.

Vid vilken tidpunkt de hälsopolitiska målen bör ha uppnåtts är inte självklar. Kommittén har kommit fram till att år 2010 är ett lämpligt referensår för en samlad utvärdering. Tiden fram till dess är tillräckligt kort för att vara relevant i ett politiskt perspektiv och den är tillräckligt lång för att folkhälsopolitiska insatser skall kunna ha avsedd effekt. Genom att det är bestämningsfaktorer för hälsan som betonas, går de att snabbare avläsa än förändringar av hälsoutvecklingen som tar längre tid. Perioden är vidare hälften så lång som den period som europa-regionen av WHO tillämpar i sin senaste hälsopolitiska strategi, Hälsa 21, och kan därmed utvärderas i halvtid jämfört med dessa mål.

År 2010 som referensår för uppföljning och utvärdering av de hälsopolitiska målen bör inte utgöra något hinder för utvärdering av målen även dessförinnan. Sådan utvärdering är istället önskvärd. Kommittén framför senare i kapitlet att uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen bör redovisas med några års mellanrum till regeringen i form av två rapporter – en Folkhälsopolitisk rapport resp. den redan etablerade Folkhälsorapporten, som Socialstyrelsen har ansvar för. Regeringen bör mot bakgrund av dessa rapporter i en skrivelse till riksdagen under varje mandatperiod redovisa det folkhälsopolitiska läget och om så erfordras lämna förslag till revidering av de nationella folkhälsomålen.

## Mål 1

### Stark solidaritet och samhällsgemenskap

- Minskad fattigdom
- Minskad boendesegregation
- Kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden

Hälsan påverkas av hur sociala relationer ser ut på samhällsnivån, på organisationsnivån genom de sociala band som finns mellan människor i allmänhet och på individnivån i relationerna till de närmaste. Dessa insikter och delvis nya kunskaper är en stark utmaning till hela samhället att se den potential som finns i att främja hälsa – och därmed förebygga sjukdom – genom ett samhälle som är rikt på goda sociala relationer, delaktighet och nätverk.

Ett samhälle som präglas av gemenskap mellan människor, kännetecknas av en hög grad av ekonomisk och social sammanhållning och med levnadsvillkor som inte skiljer sig alltför mycket mellan olika sociala och etniska grupper. Civilsamhället och olika sociala nätverk inom det skapar förtroende mellan människor i närmiljön. Framförallt i det moderna samhället räcker det inte med en gemenskap i det lilla, det måste finnas en gemenskap och samhörighet i hela samhället för att tilliten skall fungera. En sådan tillhörighet skapas i ett demokratiskt samhälle där medborgarna är solidariska med varandra och ömsesidigt beroende av varandra, bl.a. genom gemensamt finansierade och väl fungerande skolor, hälso- och sjukvård och välfärdssystem.

Fattigdom är den i världen i särklass helt dominerande orsaken till för tidig död, långvarig sjukdom och handikapp. I länder som Sverige är absolut fattigdom i form av att människor t.ex. svälter och fryser mycket ovanliga orsaker till ohälsa. Medellivslängden är i industriländer mer beroende av inkomstfördelningen i samhället än av den absoluta ekonomiska nivån som avspeglas i medelinkomsten. En stor inkomstspridning är en riskfaktor för ohälsa jämfört med en jämn inkomstfördelning.

Sverige har jämfört med andra industriländer haft små inkomstklyftor och ett generellt socialt trygghetssystem som medfört att låga inkomster fått mindre effekter på hälsan hos olika grupper. Även i vårt land följer dock hälsan den inkomstnivå som människor har. Sambanden mellan utbildning resp. yrkestillhörighet och hälsa är också mycket tydliga. De negativa hälsoeffekterna av arbetslöshet har för individen inte varit lika stora i vårt land som i andra länder. Det tyder på att det

generella välfärdssystemet fångat upp människor och mildrat arbetslöshetens ekonomiska effekter och därmed dämpat de negativa följderna för hälsan. Dessa förhållanden har förändrats under 1990-talet, genom att fler människor än tidigare har otillräcklig anknytning till det generella välfärdssystemet.

Under senare decennier har den sociala och etniska boendesegregationen ökat påtagligt. Det gäller såväl i glesbygd som i storstäderna. Det är ett hot mot en jämlik hälsoutveckling. Människor som bor i områden där många har sociala och ekonomiska problem, har svårare att ge varandra ett positivt stöd. Att ha tillgång till goda sociala nätverk, är en viktig förutsättning för att vi som individer skall klara påfrestningar i livet. Barn blir särskilt utsatta, eftersom det finns färre vuxna som positivt kan stödja barnet. Den etniska och språkliga segregation som nu utvecklats försvårar ytterligare för både barn och vuxna att bli en del av det svenska samhället. Diskriminering och utanförskap är tydliga riskfaktorer för ohälsa.

Den samhällsutveckling som nu pågår, med tendenser till ökande ekonomiska skillnader, med växande segregation och otillräckliga gemensamma välfärdssystem är riskfaktorer för en god hälsoutveckling för hela befolkningen. Det hänger samman med att växande klyftor mellan individer och mellan olika grupper i befolkningen minskar gemenskapen och tilliten till varandra. Ökade inkomstklyftor är ett observandum eftersom stora klyftor internationellt sett visat sig vara negativt för hälsoutvecklingen. Med minskad gemenskap och tillit minskar möjligheten till solidariska lösningar som ger välfärd åt alla.

De som idag har det svårast ekonomiskt och socialt är de invandrargrupper som bor segregerat och inte har fått en fast förankring på arbetsmarknaden. Det gäller också ensamstående mammor som under 1990-talet ökade sitt långvariga socialbidragstagande kraftigt. Även långtidsarbetslösa, funktionshindrade och vissa äldre med låg pension som är tvungna att betala höga belopp för tjänster som de är beroende av har en utsatt situation. Dessa grupper har sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Ungdomar har också fått det sämre ekonomiskt än tidigare. Arbetslösheten har slagit särskilt hårt mot unga korttidsutbildade och de ekonomiska villkoren för studerande är knappa. Att unga människor fått det ekonomiskt svårare kan vara en förklaring till att barnafödandet sjunkit kraftigt, framför allt hos dem med låga inkomster.

I Sverige har hemlösheten tilltagit under 1990-talet och omfattar omkring 10 000 personer. Antalet personer är inte så stort att hemlösheten utgör ett folkhälsoproblem i egentlig mening. Hemlöshet är allvarlig i sig men är också en viktig mätare på det sociala tillståndet i ett samhälle, varför detta bör uppmärksammas. Hemlösheten är inte

endast ett storstadsproblem, endast en tredjedel av de hemlösa uppskattas vara hemmahörande i de tre storstäderna. Hemlöshet i kombination med andra problem försvårar också allvarligt möjligheterna för den enskilde att på egen hand ta sig ur sin situation. Tre av fyra hemlösa har missbruksproblem. Bland hemlösa finns också många med psykiska funktionshinder och sådana som vräkts på grund av hyreskulder. Andelen kvinnor är ökande och de dominerar bland dem som är under 30 år.

För att bevara och stärka det sociala kitt som varit utmärkande för det svenska samhället och minska de negativa följderna av vissa drag i den nuvarande samhällsutvecklingen, är en hög sysselsättningsnivå och ett tryggt välfärdssystem en sorts ryggrad. Det är ett sätt att hålla samman medborgarna och ge alla på lika villkor tillgång till skola, sjukvård och ersättning vid inkomstbortfall. Ett utbildningssystem, med hög kvalitet i alla förskolor och skolor, är en förutsättning för att alla barn skall ges grundläggande möjligheter att utvecklas och utbilda sig. Det har en särskild betydelse eftersom utbildning är en viktig bestämningssfaktor för den framtida hälsan.

Hälsa- och sjukvård av hög kvalitet och lika tillgänglig för alla är en central faktor för hälsan. Rent påtagligt har det betydelse för individen att det finns god sjukvård för att förebygga, bota och lindra sjukdom. Detsamma gäller för sociala tjänster som äldreomsorg och olika service till funktionshindrade personer. Men att alla människor har rätt till samma höga kvalitet på utbildning, sjukvård och sociala tjänster fungerar också som en tillitsskapande faktor för sammanhållningen i hela befolkningen. Det bidrar därmed i sig till att upprätthålla det sociala kittet som är en grund för hälsa.

Socialförsäkringssystemet och arbetslöshetsförsäkringen är idag otillräckliga som instrument för att skapa trygghet vid inkomstbortfall för alla. Vid arbetslöshet betyder inkomstnivåerna mycket för om arbetslösheten skall få sociala och hälsomässiga effekter. En växande del av befolkningen har nu inkomster över det tak som finns för ersättningar. Om de med högre inkomster inte känner att de får tillräckligt ekonomiskt skydd, så kommer de att söka andra lösningar för att försäkra sig. Detta skulle kunna resultera i att själva systemet eroderas och att även tryggheten för dem med lägre inkomster urholkas på sikt. En del människor har på grund av intjänanderegler svårt att alls komma in i systemet och står därmed utanför ett heltäckande ekonomiskt skydd. Det betyder sammantaget att allt fler inte känner att de får ett tillräckligt skydd vid inkomstbortfall, arbetslöshet och sjukdom.

Barn är särskilt utsatta om familjen har ekonomiska svårigheter. Det finns tydliga samband mellan barns hälsa och föräldrarnas ekonomiska och sociala villkor, även i vårt land där inga barn lever i absolut

fattigdom. Den relativa fattigdomen ger dock tydliga utslag i barns villkor. Särskilt utsatta har ensamstående mammor och deras barn varit under 1990-talet. Vid internationella jämförelser är skillnaderna i hälsa bland barn till ensamstående mammor jämfört med hälsan hos andra barn ändå relativt sett små i Sverige, vilket med all sannolikhet beror på det stöd som finns här. Men eftersom de ekonomiska skillnaderna under det senaste decenniet ökat, finns det anledning att särskilt uppmärksamma förhållandena för ensamstående med barn.

Människors skilda ekonomiska förutsättningar liksom bostädernas attraktivitet skapar grogrund för segregation. Även behov av att bo tillsammans med likar i olika avseenden – etniska, kulturella eller andra – kan ge grund för segregation. I stadsdelar med blandade upplåtelseformer kan den socioekonomiska och etniska boendesegregationen vara stor totalt sett, men balanseras ofta socialt av att det finns många platser för möten mellan ”olika” människor, t.ex. i skolan, på vårdcentralen, i affärerna och på torget. När vi talar om segregation menar vi vanligen de ofta storskaliga områden och stadsdelar med likartade upplåtelseformer, där många personer med små ekonomiska resurser bor. Sådana bostadsområden kan i vissa fall vara socialt utsatta genom att andelen fattiga är stor.

För att i någon mån kompensera invånarna, framför allt barnen, i socialt utsatta områden är det viktigt att samhället ger mer stöd i form av olika insatser, som t.ex. skolor, kulturell verksamhet, föreningsstöd, verksamhet för barn och ungdom och utvecklad mödra- och barnhälsovård till dessa områden än till andra. Det är en fråga om solidaritet mellan olika samhällsgrupper, som framför allt gynnar hälsoutvecklingen hos dem som har störst risker i sina livsvillkor för att utveckla ohälsa. Det är också solidaritetshandlingar som på sikt gynnar alla gruppers hälsa, eftersom det sociala kittet och gemenskapen förstärks i hela samhället.

Många äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka har under senare tid fått betala allt högre avgifter för tjänster som de är helt beroende av. Det kan gälla hälso- och sjukvård, läkemedel, färdtjänst, hemhjälp, träning, fotvård m.m. Varje avgift i sig uppfattas inte av resp. huvudman som så betungande, men eftersom det ofta är samma individer som är beroende av många olika avgiftsbelagda tjänster så kan summan bli avsevärd. Det är också utgifter som andra invånare delvis slipper.

Utgifterna för särskilt boende är i vissa kommuner så höga att det kan bli svårt för hemmaboende make eller maka att bo kvar i det gemensamma hemmet. Kombinationen av höga avgifter och dessutom mindre inkomster än befolkningen i sin helhet, gör att den ekonomiska situationen för vissa grupper kan bli mycket besvärande. Det kan bidra

till ekonomisk stress eller att man avstår från egentligen nödvändiga tjänster eller andra aktiviteter som är hälsofrämjande. Funktionshindrade får inte heller teckna privata personförsäkringar, vilket gör att de har sämre ekonomiskt skydd än andra.

Av Sveriges befolkning har nästan en halv miljon personer oreglerade skulder hos kronofogdemyndigheten. Personer som har en kraftig permanent skuldsättning har inte sällan olika allvarliga hälsoproblem. Det är angeläget att skuldsaneringslagen ses över så att fler människor kan få sin ekonomi sanerad och att handläggningstiderna kortas.

En stark samhällsgemenskap som präglas av solidaritet människorna emellan är själva grunden för en god hälsa på lika villkor. Att upprätthålla en hög sysselsättning för att människor med eget arbete skall kunna försörja sig är basen i ett välfärdssamhälle. Ett socialförsäkringssystem, en skola, en sjukvård och sociala tjänster på lika villkor av hög kvalitet, är de främsta strukturella insatser som samhället därutöver kan göra för att främja grundläggande förutsättningar för en god hälsa.

### Särskilda målgrupper

- Ensamstående föräldrar
- Ungdomar
- Äldre och funktionshindrade med mycket omkostnader
- Invandrare

### Aktörer och åtgärder

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör utveckla socialförsäkringssystemet så att fler får tillträde till det. Socialbidrag bör inte användas som permanent försörjningsstöd. Ensamstående föräldrar och ungdomar är viktiga målgrupper vid förändringar av välfärdssystemet.
- Staten bör höja taken i de olika försäkringarna så att principen om inkomstrelaterade ersättningar upprätthålls.
- Staten bör fastställa ett högkostnadsskydd eller sätta gränser för höga sammantagna avgifter inom vård och omsorg alternativt kompensera personer med höga avgifter och omkostnader genom kostnadsersättningar.
- Staten bör se över skuldsaneringslagen så att fler kan få sina skulder sanerade.

*Utmaningar till kommuner och landsting*

- Omfördela stödet till olika samhällsverksamheter och kompensera barn och ungdom i utsatta bostadsområden.
- Samordna avgifter bättre och sätt tak på dem.
- Motverka den tilltagande bostadssegregationen.
- Åtgärda hemlösheten.

*Utmaning till försäkringsbolag*

- Underlätta för funktionshindrade att teckna personförsäkringar.

*Utmaning till fastighetsägare*

- Bidra till minskad segregation i boendet.



## Mål 2

### Stödjande sociala miljöer för individen

- Minskad isolering, ensamhet och otrygghet
- Ökad delaktighet i förenings- och kulturverksamhet

Människors hälsa formas i ett samspel mellan individuella förutsättningar och den omgivande sociala miljön. Förändringar i den sociala miljön påverkar i grunden det samspel som finns mellan kroppens olika fysiologiska system, t.ex. mekanismerna som styr blodtryck, blodsockeromsättning, smärtuppfattning och immunförsvar.

Sociala relationer påverkas av hur samhället ser ut i stort – hur villkoren för arbete, ekonomisk trygghet, boende, fritid m.m. är utformade. Arbetsplatserna är en viktig arena för sociala kontakter. För individen är den sociala tryggheten i form av familj, vänner, arbetskamrater eller andra i närsamhället av stor betydelse för möjligheterna till en god hälsa.

Om man skall förstå hur hälsan på individnivå påverkas av sambandet mellan sociala relationer och stress är begreppet coping ett nyckelbegrepp. Coping handlar om individens förmåga att hantera sin livssituation och potentiella hot av olika slag. En av de copingmöjligheter som finns för individen är att söka stöd från sitt sociala nätverk. Möjligheten att få stöd beror i stor utsträckning på vilka resurser som finns i nätverket i form av trygga relationer, information eller materiella resurser. Det är inte storleken på individens nätverk som är det avgörande, utan vilka kvaliteter som finns i de sociala relationerna. Alla människor har inte tillgång till ett positivt, stödjande nätverk. Skillnaderna tycks i grova drag följa samma mönster som när det gäller inkomster, utbildning och social tillhörighet. De individer som är i störst behov av stöd från sin omgivning har i många fall minst tillgång till det.

I Sverige har under de senaste decennierna den ekonomiska och etniska boendesegregationen ökat kraftigt. Det innebär att tillgången till stödjande nätverk urholkas för dem som bor i områden där många människor har ekonomiska eller sociala problem av olika slag. För de som vistas hela dagarna i sitt bostadsområde blir det särskilt tydligt, inte minst för barnen. Bland de äldre finns en grupp som med stigande ålder har mycket små nätverk och svagt socialt stöd. Förtidspensionärer och långtidssjuka kan ibland vara i samma situation. De är ensamstående oftare än andra och uppger att de umgås med vänner mer sällan

än befolkningen i övrigt. Ensamstående män tenderar att ha både sämre fysisk och psykisk hälsa än andra män och lever mer isolerat.

Det närmaste grannskapet har särskilt stor betydelse för människor som lever isolerade på olika sätt. Invandrare som bor i starkt segregerade områden kan uppleva en isolering från samhället i övrigt och att de egna nätverken inte ger tillräckligt stöd för att de skall bli delaktiga i det svenska samhället. Flyktingar som kommer till vårt land måste få ett respektfullt och gott bemötande för att kunna etablera sig i samhället och få nya sociala nätverk.

För att må bra har människor behov av att känna delaktighet och möjlighet att påverka sina egna liv och samhällsutvecklingen. Känsla av sammanhang och meningsfullhet är begrepp som ofta återkommer när det gäller förståelsen av varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra. En viktig del i att kunna se ett sammanhang och en meningsfullhet är kunskaper om sig själv och omvärlden. I det moderna informations- och kunskapsamhället är individens behov av bildning, kunskap och personlig kompetens stort.

Bildning och lärande rör människors attityder, sätt att förstå och tänka. Lärande sker i mötet med det nya och okända, som tolkas utifrån egna och andras erfarenheter. Det bygger på en växelverkan i samtal med andra och egen reflektion som berikar individen och främjar gemenskap. Vårt självmedvetande skapas i relationer till andra. Att på olika sätt stödja bildningssträvanden genom den folkbildning som varit unik för Sverige är ett sätt att stärka människors möjlighet att se sammanhang och samtidigt få tillit till andra människor. Folkbildningen kan också ge människor makten över kunskapen. Makten över individens studier och innehåll inom traditionell utbildning och kompetenshöjning inom arbetslivet ligger inte alltid hos den enskilde. Därför behövs arenor som stimulerar till kritiskt tänkande och oberoende. Att minska utbildnings- och bildningsklyftor mellan människor är i sig ett sätt att främja gemenskapen i samhället.

Positivt engagemang och deltagande i kulturella aktiviteter är främjande för hälsan. Att möta nya upplevelser, delta i skapande verksamhet, läsa böcker, få social och kulturell stimulans – allt handlar om att få nya perspektiv och också få redskap att tolka sig själv. Direkta kulturaktiviteter i vården har gett positiva resultat för patienternas hälsa. Kulturen som både en skapande och läkande kraft är underskattad.

Den svenska folkrörelsekulturen har varit en viktig kraft i skapandet av ett socialt kitt och gemenskap, både mellan individer och i samhället i stort. Att tillhöra en förening har ofta både gett individen tillhörighet i det lilla och gett insikter om större sammanhang. Folkrörelsernas betydelse för folkhälsan har varit stor. Förutom att man gett individen

tillhörighet så har många av organisationerna haft en direkt påverkan på hälsan, som nykterhetsrörelsens betydelse för att minska alkoholmissbruket, Kooperationens för säker och bra mat och fackföreningsrörelsens påverkan när det gäller att förbättra arbetslivets förhållanden.

Idag förändras föreningslivet. Gamla organisationer får allt svårare att rekrytera medlemmar, men nya former av nätverk, kooperativ och föreningar skapas. Många av dessa föreningar har stor betydelse för medlemmarnas hälsa, ofta genom att ge tillhörighet och gemenskap. Pensionärsrörelsen är ett tydligt exempel på detta. Om man upplever sig som diskriminerad eller på annat sätt utsatt kan mötet med andra ge kraft, men också ork att tillsammans med andra försöka ändra på det som skapar problemen. Handikappföreningar, invandrarorganisationer, föreningar för homo- och bisexuella är alla exempel på sådan verksamhet. Andra grupper som kvinnojourer, religiösa organisationer m.fl. kan ge stöd till människor i en akut svår situation.

Att främja skapandet av olika former av stödjande miljöer som nu växer fram i civilsamhället är en viktig uppgift för samhället. Det är också ett samhällsansvar att se till att det finns stödjande miljöer för alla grupper i samhället. Annars finns det risk för att vissa människor som i olika avseenden lever isolerade inte nås av föreningslivets sociala nätverk. Det kan handla om kommunens ansvar att se till att det finns uppsökande verksamhet bland äldre, träffpunkter i bostadsområdet, öppna förskolor, verksamhet för arbetslösa, biblioteksverksamhet, öppet hus för invandrarkvinnor m.m. För hälso- och sjukvården är det en viktig roll att uppmärksamma det hälsofrämjande i att patienter eller anhöriga träffas i gruppverksamhet.

Idag sker allt mer en samverkan mellan kommuner och organiserat frivilligt arbete, som kan handla om att frivilliga krafter ger ett mänskligt stöd till äldre eller andra som är i behov av hjälp. Det finns en ömsesidighet i insatserna. Det är inte bara den som tar emot hjälpen som frågan berör. Även de som deltar i det frivilliga arbetet kommer in i ett sammanhang och kan känna meningsfullhet.

Att främja stödjande sociala miljöer för individen handlar om allt detta; att bryta isolering, ge alla människor möjlighet att ingå i en gemenskap och att det finns strukturer som hjälper individen om en krissituation uppstår. Sammantaget är detta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

**Särskilda målgrupper**

- Barn och unga i utsatta miljöer
- Äldre
- Funktionshindrade och långtidssjuka
- Invandrare
- Långtidsarbetslösa

**Aktörer och åtgärder***Utmaningar till kommunerna*

- Stimulera stödjande miljöer i utsatta områden.
- Stöd föreningsliv, nätverk och folkbildning.
- Stöd frivilliginsatser.
- Främja tillkomsten av mötesplatser för olika grupper.
- Satsa på uppsökande hälsofrämjande verksamhet bland äldre.
- Uppmärksamma kulturens betydelse i vården.

*Utmaningar till landstingen*

- Stimulera sociala nätverk för människor med vissa sjukdomar och deras anhöriga.
- Stöd frivilliginsatser.
- Uppmärksamma kulturens betydelse i vården.

*Utmaning till frivilligorganisationerna*

- Utveckla den stödjande verksamheten.

## Mål 3

### Trygga och jämlika uppväxtvillkor

- En trygg anknytning mellan barn och föräldrar
- En hälsofrämjande förskola och skola som stärker elevernas självförtroende och skolresultat
- En förbättrad psykisk hälsa hos barn och unga

Människors framtida psykiska och fysiska hälsa grundläggs under barndomen. Vi föds alla med olika förutsättningar. Beroende på den miljö som omger oss som barn blir vi mer eller mindre sårbara för olika påfrestningar och hälsorisker. Att ge alla barn möjlighet att växa upp under så goda omständigheter som möjligt, är ett av de tydligaste medlen för att värna om alla människors lika värde och ge förutsättningar för en hälsa på lika villkor.

De sociala och ekonomiska villkor som föräldrarna lever under blir också barnens. Skillnader i dessa villkor och i utbildningsnivåer har stor inverkan på människors hälsa. Nästan hälften av all ohälsa hos barn kan härledas från de omständigheter under vilka familjen lever. De sociala villkoren har effekter för de allra flesta barn och inte bara för barn som är särskilt utsatta. Samhället har därför ett ansvar att i möjligaste mån utjämna de skillnader som finns. Att bryta boendesegregationen och skapa förutsättningar för alla barnfamiljer till ekonomisk trygghet genom möjlighet till eget arbete för föräldrarna och kompletterande transfereringar är grundläggande utmaningar.

De brister som finns i barns miljöer är viktiga för samhället att kompensera med olika insatser. Generella insatser som riktas till alla barn skall vara den grundläggande politiken, men mer stöd måste lämnas till mödra- och barnhälsovård, skolor m.m. i områden där många barn har en utsatt situation. Fattigdomens och den relativa fattigdomens betydelse för barns hälsa är betydande. Under 1990-talet har den ekonomiska situationen för ensamstående föräldrar försämrats så att många blivit socialbidragsberoende.

Hälsan hos barn och ungdom i Sverige är god generellt sett. Spädbarnsdödligheten tillhör den lägsta i världen. Svenska skolbarn uppger också att det allmänna välbefinnandet är högt. De främsta hälsoproblemen under uppväxten är nyföddhetsperiodens sjukdomar, missbildningar samt plötslig oväntad spädbarnsdöd. Efter spädbarnstiden är det psykisk ohälsa, olycksfallsskador, infektioner samt astma och allergi som främst försämrar barns och ungdomars hälsa.

Under 1990-talet har plötslig spädbarnsdöd och nyföddhetsperiodens sjukdomar minskat. Detsamma gäller för infektioner och olycksfallsskador. Däremot har astma och allergi ökat. Vissa psykiska problem, främst psykosomatiska besvär, har också ökat. Flickor har oftare symptom än pojkar. Man räknar med att 5–10 % av alla barn har så uttalade psykiska eller psykosomatiska problem att deras dagliga liv väsentligt påverkas.

En generell välfärdspolitik i form av god mödra- och barnhälsovård, en tillgänglig barnsjukvård av hög kvalitet, ekonomiskt stöd till barnfamiljer, bra barnomsorg, skola och fritidsverksamhet är en god garanti för att inga barn skall lämnas utan stöd. Man kan aldrig i förväg veta vilka barn som behöver störst insatser, även om samhället har ett särskilt ansvar för att satsa mer på områden där man vet att många barn är utsatta. Med en generell politik som riktas till alla barn, fångas också lättare de barn upp som av olika skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling – och dessa barn kan finnas i alla miljöer. De tjänster som kommer barn till del skall vara av god och jämn kvalitet.

En trygg anknytning till föräldrarna under de första levnadsåren är en viktig förutsättning för att främja en god psykisk hälsa. Alla barn får inte det. Att ha ett fungerande socialt nätverk omkring sig som nybliven förälder är något som främjar förmågan att ta hand om barnet. Mödra- och barnhälsovården skall stödja alla familjer, men det är en utmaning att uppmärksamma de föräldrar som är särskilt sårbara och erbjuda dem mer stöd och information än idag. Depressioner hos nyblivna mödrar innebär t.ex. en risk för både mor och barn.

Att stödja föräldraskapet i ett mångkulturellt samhälle som präglas av många separationer och stora förändringar på arbetsmarknaden är väsentligt. Föräldrar måste ha både tid och ork för att kunna fungera som bra föräldrar. Arbetslivet måste bättre än idag vara anpassat efter barns behov av båda sina föräldrar. Familjerna skall känna att de har möjlighet att styra sina liv på ett sätt som gör att de kan bli de goda föräldrar de vill vara.

Mödra- och barnhälsovården har en viktig uppgift att konkret förebygga sjukdomar och skador. En tobaksfri graviditet och en rökfri hemmiljö är viktiga skydd mot bl.a. plötslig spädbarnsdöd och utveckling av astma. Att amning ger barnet infektionsskydd och förebygger allergier är en viktig kunskap att förmedla. Föräldrarna behöver ges en god kunskap om hur man kan förebygga eller minska effekterna av allergi. Det är särskilt viktigt i familjer med tidigare allergiförekomst. För att minska det nu stigandet antalet fall av hudcancer bör föräldrar och barnomsorgspersonal få kunskap om rätt solvanor. Risken för ett barn att skadas följer tydligt föräldrarnas sociala tillhörighet. Att kon-

tinuerligt ge information om skaderisker och åtgärda risker i barns miljöer kan minska antalet olycksfall.

För att barn skall få en psykiskt hälsosam utveckling är det viktigt att de blir sedda och bekräftade. Många barn får de behoven självklart tillgodosedda genom sin familj. Andra barn är beroende av att andra vuxna uppmärksammar dem. Det sociala nätverket runt varje barn har därmed stor betydelse för den psykiska och sociala utvecklingen. Därför är det större risker för ett barn att växa upp i ett område där många vuxna har problem av olika slag, eftersom det då finns färre vuxna som kan stödja barnet. Samhället har ett ansvar för att barnomsorg, skola och fritidsverksamhet är av god kvalitet och bidrar till att varje barn blir uppmärksammat. En god barnomsorg är av särskild betydelse för barn som befinner sig i en sårbar situation. Det är angeläget att tidigt uppmärksamma psykiska eller psykosomatiska besvär hos barn och ungdom.

Barn till invandrare skall mötas med respekt för sitt kulturarv och sitt språk. En del barn, i synnerhet flyktingbarn, bär på traumatiska upplevelser som de måste få hjälp att bearbeta. Att göra det möjligt för varje barn med utländsk bakgrund att bli tvåspråkigt med dubbel kulturell identitet, är ett viktigt led i stärkandet av den egna identiteten. För att barnen skall få likvärdiga möjligheter i det svenska samhället är det angeläget att barnen lär sig svenska bra. Det finns en ökad förekomst av ohälsa hos barn till invandrare, främst flyktingbarn. Överrisken kan nästan helt förklaras av föräldrarnas lägre sociala position. Diskriminering, påtvingad segregering och utanförskap är påverkbara riskfaktorer för ohälsa hos barn till invandrare.

Barn med olika former av funktionshinder behöver stöd för att inte funktionsnedsättningen skall prägla hela uppväxten. De behöver som alla barn möjlighet att leka, utvecklas och frigöra sig från sina föräldrar. Föräldrar till svårt funktionshindrade barn lever ofta under pressande villkor. Att underlätta för dessa föräldrar att fungera i sin föräldraroll är både ett sätt att stärka barnet och att minska riskerna för ohälsa hos föräldrarna. En god barnhabilitering, möjlighet till lek och fysisk träning, anpassade hjälpmedel, en skola och skolhälsovård som förstår det funktionshindrade barnets behov – är viktiga faktorer för att barnet skall få en positiv identitetsutveckling, möjlighet till lärande och möjlighet att bevara och förbättra sin hälsa.

Barn med olika former av koncentrationsproblem eller med läs- och skrivsvårigheter löper stor risk för olika former av ohälsa i vuxen ålder. Pojkar har ofta ett utagerande beteende och flickor kan reagera med tillbakadragenhet. Det är viktigt att tidigt uppmärksamma och ge dessa flickor och pojkar stöd.

Övervikt ökar bland barn och ungdomar. Man räknar också med att omkring 5 % av ungdomarna, främst flickor, har någon form av ätstörningar. Det finns olika orsaker till den ökande övervikten. Viktiga faktorer är för lite fysisk aktivitet kombinerad med felaktiga matvanor. Vid information om betydelsen av hälsosamma matvanor är det viktigt att den inte uppfattas som om allt fett är farligt. Den kan då bli kontra-produktiv och istället skapa ätstörningar.

Förskolan och skolan har en alldeles särskild roll för barns och ungas utveckling, inte minst från hälsosynpunkt. Det är den samhällsverksamhet som har de största förutsättningarna att utjämna socialt betingad ohälsa. Betydelsen av att alla ungdomar får möjlighet att fullfölja gymnasiestudier är stor. Skolan är Sveriges största arbetsplats och är därför en arena som både barn och många vuxna befinner sig på. Att skolan och förskolan skall vara hälsofrämjande är viktigt för barns och ungas framtida hälsa.

Möjligheten till lärande ökar om eleven mår bra, psykiskt såväl som fysiskt. De elever som trivs i skolan har lättare för att lära. Eftersom hälsoklyftorna är stora mellan vuxna som har en lång utbildning jämfört med dem som har en kort utbildning, är det från framtida hälsosynpunkt viktigt att främja lärandet hos de elever som idag har svårt att klara skolans kunskapsmål. En hälsofrämjande skola och en lärande skola förutsätter varandra. Att främja lärandet och motverka psykisk ohälsa hos barn och ungdom handlar i grunden om att skapa stödjande strukturer i skolan. Mobbning och annan kränkande behandling får inte förekomma. Att öka barns och ungdomars inflytande över sin situation är viktigt för att stärka självkänslan.

Skolhälsovård och elevvård i olika former och av olika yrkeskategorier har en stor betydelse för elevernas psykiska och fysiska hälsa. Det är särskilt viktigt att skolans personal är uppmärksam på tecken på psykisk ohälsa hos barn och ungdom. Barn till missbrukande föräldrar eller föräldrar med psykiska problem kan behöva hjälp för att inte själva få problem. Själv mord har minskat i alla åldersgrupper utom bland barn och ungdomar. Själv mords försök har ökat bland flickor. Att bli medveten om tidiga signaler hos självmordsbenägna ungdomar och ge dem stöd i tid kan förhindra självmord.

Under uppväxtåren finns det riskfaktorer som kan leda till ohälsa i vuxen ålder. Rökning minskar inte längre. Fler flickor än pojkar röker. Alkoholkonsumtionen tycks ha ökat. Andelen ungdomar som prövat narkotika har också ökat. Hälsoundervisningen i skolan behandlas idag som ett kunskapsämne i läroplanen, vilket ger otillräckliga förutsättningar för att utveckla hälsofrämjande attityder och levnadsvanor. Idag fungerar inte hälsoundervisningen bra.



Sexualitet och samlevnadsfrågor samt risker med alkohol, tobak och droger handlar inte bara om kunskap utan lika mycket om känslor och synsätt som behöver diskuteras. Ett reflekterande samtal är ett sätt att med respekt möta barn och ungdomar inom olika etniska grupper, religioner, med olika sexuell läggning och med olika former av funktionshinder på deras egna villkor. Ungdomsmottagningar är ett viktigt komplement till skolan, särskilt när det gäller att ge ungdomar enskilt stöd i sex- och samlevnadsfrågor. Det arbete som nu pågår kring värdegrundsfrågor inom skolan bör stödjas.

Det är en utmaning för skolan att både kunna tillhandahålla eleverna god och hälsosam mat och kunskaper om matens betydelse för hälsa, ork och välbefinnande. Barn som äter för lite av skolmaten är också ofta de barn som äter för lite till frukost. De elever som inte äter tillräckligt med mat blir trötta och klarar inte av skolarbetet på samma sätt som de annars skulle göra. Skolans ansvar för att grundlägga goda matvanor ger därmed också direkt effekt på lärandeprocessen hos just de elever skolan idag har svårast att nå.

Barns lekar och spontanidrott har förändrats. Den fria leken är en central del i barns utveckling, som måste stimuleras och inte förhindras genom alltför organiserade eller styrda aktiviteter. Fysisk rörelse är en viktig faktor som främjar hälsa. Under de senaste decennierna har fysisk aktivitet bland barn och ungdom sjunkit. Samtidigt är idrott den i särklass populäraste organiserade fritidsaktiviteten. Omkring hälften av alla barn och ungdomar är aktiva medlemmar i idrottsföreningar. Men antalet barn och ungdomar som inte alls ägnar sig åt regelbunden idrottsutövning har ökat. Det finns stora sociala, regionala, etniska och könsmissiga skillnader i utövandet av idrott. Färre barn kan idag simma än tidigare.

Skolans förhållningssätt till vikten av att röra sig blir av särskild betydelse, eftersom de sociala skillnaderna i barns fysiska aktivitet är så stora. Idag har lek och rörelse, idrott och friluftaktiviteter för lite utrymme i skolan. Att röra på sig påverkar också förmågan till lärande. En ökad rörelseaktivitet främjar inläringen. Eftersom mycket talar för att daglig, återkommande aktivitet ger det bästa skyddet, bör barn ha tillgång till nära grönområden, säkra cykelvägar och bra lekplatser. Allt mer forskning talar också för att inläringen förbättras av deltagande i olika konstnärliga och kulturella uttrycksformer.

Skolans roll för att främja elevernas både psykiska och fysiska hälsa är betydande. Idag finns ingenting allmänt skrivet om hälsa i skollagen, förutom det som direkt berör skolhälsovårdens ansvar. Elevvårdsutredningen (SOU 2000: 19) har föreslagit vissa förstärkningar för elevhälsan. Kommitténs bedömning är att den sittande skollagskommittén (U 1999:01) bör ges i uppdrag att se hur främjandet av hälsa kan

regleras i skollagen. Det är angeläget att skolan beaktar hälsofrågorna, inte minst mot bakgrund av att andra lagar, som t.ex. arbetsmiljölagen, plan- och bygglagen och miljöbalken, numera belyser dessa frågor.

En rad insatser som har betydelse för barns och ungdomars hälsa har berörts i detta avsnitt. Vissa viktiga åtgärder presenteras dock inte i anslutning till mål eller delmål här, utan redovisas under andra mål där de sakligt sett passar bättre.

### **Särskilda målgrupper**

- Barn i ekonomiskt och socialt utsatta bostadsområden
- Barn med olika funktionshinder, koncentrationsproblem och läs- och skrivsvårigheter
- Barn till invandrare
- Barn till föräldrar med missbruks- eller psykiska problem
- Småbarnsföräldrar

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör verka för att främjande av hälsa blir en uppgift för skolan och att detta framgår av skollagen.
- Staten bör verka för att metoder för att främja den fysiska och psykiska hälsan finns med i utbildningarna för förskola och skola.

#### *Utmaning till kommunerna*

- Skapa förutsättningar för stödjande miljöer för barn och föräldrar och en hälsofrämjande förskola och skola.

#### *Utmaning till landstingen*

- Skapa förutsättningar för en väl fungerande mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar i samverkan med kommunerna, PBU, BUP och stöd till barn till föräldrar med missbruks- eller psykiska problem.

## Mål 4

### Hög sysselsättning

- Goda möjligheter till livslångt lärande
- Låg arbetslöshet
- Ingen diskriminering av invandrare och funktionshindrade på arbetsmarknaden

Förvärvsarbete är för de flesta människor den viktigaste källan till försörjning. Det har också stor betydelse för våra möjligheter att bli delaktiga i samhället och utveckla relationer till andra människor. Arbetet är en viktig bas för människors identitet och sociala liv. Det får därmed effekter också på vår hälsa.

Arbetslöshet påverkar hälsan på många olika sätt. Det psykiska välbefinnandet försämras, sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtion ökar, unga män ökar sin alkoholkonsumtion och unga kvinnor röker mer. Arbetslöshet under lång tid är en allvarlig riskfaktor för psykisk ohälsa och hjärt-kärlsjukdom. Arbetslöshetens negativa konsekvenser påverkar även de arbetslösas familjer och bidrar därmed till sociala olikheter i hälsa.

Arbetsmarknadssituationen har förbättrats under de senaste åren. Det är fler kvinnor än män som har fått arbete. I många invandrargrupper och bland vissa funktionshindrade är arbetslösheten fortsatt mycket omfattande. Ungdomsarbetslösheten som var mycket hög under 1990-talet minskar nu. Möjligheterna att få ett arbete skiljer sig påtagligt mellan olika delar av Sverige. Arbetslösheten har framför allt sjunkit bland människor med längre utbildningar, medan den fortfarande är hög bland korttidsutbildade.

Det pågår genomgripande förändringar av arbetsmarknaden, som innebär stora krav på omställningar för den enskilde. Många arbetsplatser har minskat antalet tillsvidareanställningar och istället ökat antalet projekt- och behovsanställningar. Inom vård- och omsorgsarbete och viss säsongsbaserad service- och tjänsteproduktion är behovsanställningar vanliga. Från hälsosynpunkt har det visat sig att särskilt behovsanställningar är en sämre form av anställning än andra former. Samtidigt kan de ge möjlighet till arbete till människor som tidigare stått helt utanför arbetsmarknaden. Genom en lagändring den 1 januari 2000 blev omkring 50 000 tidigare vikarier tillsvidareanställda i kommuner och landsting.

Industriellt och ekonomiskt likartade länder har helt olika syn på systemet med tidsbegränsat anställda. Det finns ingen enkel mekanism

som driver fram dessa anställningsformer. De baseras på kulturella traditioner och synen på arbetsrätt. I de flesta länder ges den fasta anställningen en hög prioritet. Även ungdomar tycks föredra fasta anställningar. Osäkerheten i tidsbegränsade anställningar påverkar människors hälsa. Människor reagerar med stress inför ekonomisk och social osäkerhet. Det finns få forskningsresultat att stödja sig på, men de undersökningar som finns visar att människor i behovsanställningar har fler hälsobesvär och sämre utvecklingsmöjligheter än andra. Kvinnor är kraftigt överrepresenterade när det gäller behovsanställningar. Projektanställningar är en annan form, som en del upplever som fritt och flexibelt, samtidigt som det finns liten kunskap om hur den typen av arbete påverkar hälsan på sikt.

Antalet personer i förvärsaktiv ålder beräknas minska i framtiden. Denna utveckling medför en risk för arbetskraftsbrist inom många sektorer och yrkesområden. Det kommer att få konsekvenser för den framtida arbetsmarknads- och arbetslivspolitik. Arbetsgivarnas förmåga att behålla och rekrytera arbetskraft med efterfrågad kompetens kommer att bli allt viktigare.

Om den framtida arbetsmarknaden i större utsträckning kommer att präglas av tillfälliga anställningar, kan tröskeln till de goda jobben och företagens egen kompetensutbildning komma att höjas. Detta kan då medföra svårigheter att er hålla nödvändig kompetens för de grupper som har en svag anknytning till arbetsmarknaden.

Utbildning i olika former kommer därmed att få en ännu större betydelse än tidigare för möjligheten att få en fast förankring på arbetsmarknaden. Både hälsa, sjukdom och död följer till stor del människors position i arbetslivet. Positionen i arbetslivet har i sin tur ett klart samband med utbildningsnivån, dvs. personer i tjänstemannayrken har generellt längre utbildning än personer i arbetaryrken. Sambandet mellan hälsa och social position och utbildning gäller under hela livscykeln.

Det finns ett långsiktigt behov av utbildning och vidareutbildning för vuxna därför att arbetsuppgifterna för korttidsutbildade minskar. Kompetenskraven förändras i alla branscher.

Det finns fortfarande många i arbetskraften som inte har gymnasial utbildning. De kan därmed riskera arbetslöshet, trots arbetskraftsbrist i övrigt, och behöver komplettera sin utbildning. Det gäller framför allt personer med funktionshinder, utomnordiska invandrare med kort utbildning, korttidsutbildade med yrken och arbetsuppgifter som minskar samt ungdomar som inte fullföljer sina gymnasiestudier.

Individens rätt till kommunal vuxenutbildning föreslås av Kunskapslyftskommittén (SOU 2000: 28) att utökas och att staten garanterar individerna tillgång till gymnasial kompetensnivå. Man föreslår

också att den enskilde inte skall behöva skuldsätta sig för att studera på grundskolenivå. Hela studiestödet bör utgöras av bidrag på den studienivån. Kunskapslyftskommittén föreslår att personer med utvecklingsstörning garanteras grundläggande vuxenutbildning som andra vuxna. Kommunerna bör också få skyldighet att ge studerande med behov av särskilt stöd rätt till en fördjupad individuell studieplan. Rätten till stöd för olika funktionshinder i samband med vuxenutbildning måste säkerställas. Förslagen har betydelse för dessa gruppers framtida hälsa, eftersom arbetslöshet är en påtaglig riskfaktor för ohälsa.

En del invandrare har mycket kort utbildning. Det är därför angeläget att vuxenutbildningen utformas så de får bättre möjligheter att bygga på sin utbildning. Alla invandrare, kort- eller långtidsutbildade, måste ges goda möjligheter att lära sig svenska för att få en chans att få en förankring på arbetsmarknaden. Svenska för invandrare, sfi-undervisningen, måste effektiviseras. Invandrare med funktionshinder har särskilt svårt att få tillträde till utbildningsinsatser.

Att utforma gymnasieskolan på ett sätt så att inga elever lämnar gymnasiet med ofullständiga betyg är en viktig utmaning. Satsning på kommunal vuxenutbildning, kompetensutveckling och livslångt lärande, genom stöd till folkbildningen, är också centralt. Diskriminering på arbetsmarknaden av utomnordiska medborgare, homosexuella och personer med funktionshinder bottnar oftast i bristande kunskap och måste aktivt bekämpas. Företag och förvaltningar bör upprätta mångfaldsplaner.

Offentliga och privata arbetsgivare har huvudansvaret för utbildning inom sina resp. verksamheter. Idag fördelas personalutbildningsresurserna ofta så att anställda med kvalificerade arbetsuppgifter får mest utbildning. Samtidigt är det viktigt att det också avsätts medel för utbildning till anställda inom alla yrken och arbetsuppgifter. Resurserna fördelas ojämnt mellan könen. Kvinnor får tillgång till mindre personalutbildning än män.

Arbetsgivarna har ett förstahandsansvar för rehabilitering av anställda som varit frånvarande från arbetet under en längre tid på grund av sjukdom. Inom rehabiliteringsområdet behövs ökade insatser även av försäkringskassorna. Fler personer är idag sjukskrivna under allt längre tid, samtidigt som aktiva rehabiliteringsinsatser kommer igång allt senare eller inte alls. Det riskerar i sin tur att leda till längre sjukskrivningar och förtidspension som kunde ha förhindrats. Rehabiliteringsutbudet är otillräckligt och ojämnt fördelat, såväl mellan diagnosgrupper som regionalt.

Med tidiga insatser kan det vara lättare att återgå till sina gamla arbetsuppgifter. Det kan dessutom finnas behov av rehabiliteringsåtgärder bland personer med hälsoproblem och arbetshandikapp som

fortfarande är i arbete. Om återgång till det tidigare arbetet inte är möjligt, innebär rehabilitering ofta någon form av utbildning för att t.ex. kunna få nya arbetsuppgifter. Allt fler som har rehabiliteringsbehov kommer att vara lite äldre, vilket ställer särskilda krav. Den form av utbildning som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen innebär är mycket viktig. Den kan förhindra långtidsarbetslöshet och utslagning från arbetslivet. Lika viktig för sysselsättningen är utformningen av arbetsorganisation och arbetsuppgifter som beaktar olikheter i människors kapacitet under livsrytmen. Detta utvecklas under mål 5.

Människor med olika former av funktionshinder och som inte får någon anställning på den öppna arbetsmarknaden måste erbjudas anställning med t.ex. lönebidrag eller inom Samhall. Att förtidspensionera människor som både kan och vill utföra arbete är en uppenbar riskfaktor för hälsan. Det finns inte heller några samhällsekonomiska motiv för att göra det.

### **Särskilda målgrupper**

- Ungdomar
- Korttidsutbildade
- Invandrare
- Funktionshindrade och långtidssjukskrivna

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör förstärka möjligheterna till vuxenutbildning enligt Kunskapslyftskommitténs förslag.
- Staten bör förstärka de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna för långtidsarbetslösa.
- Staten bör förstärka möjligheterna till särskilda anställningar inom Samhall och till lönebidrag.
- Staten bör förstärka försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet.
- Arbetsmarknadsverket bör verka för att invandrare får ökat tillträde till arbetsmarknaden.
- Skolverket bör se över sfi-undervisningens kvalitet.
- Centrala studiestödsnämndens regler bör ses över så att dispens för längre studietid för funktionshindrade fungerar.

*Utmaningar till kommunerna*

- Inga ungdomar bör lämna gymnasieskolan utan slutbetyg.
- Satsa på vuxenutbildning genom komvux och folkbildning.
- Sfi-undervisningen bör effektiviseras.

*Utmaningar till privata och offentliga arbetsgivare*

- Motverka diskriminering vid anställning.
- Ge anställda möjlighet att höja sin kompetens.
- Främja tillsvidareanställningar.
- Upprätta mångfaldsplaner.

## Mål 5

### God arbetsmiljö

- Anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar
- Ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet
- Minskat övertidsarbete

Arbetslivet genomgår stora förändringar. I den strukturomvandling som pågår spelar den internationella ekonomin och teknikutvecklingen en stor roll. Informationsteknologin förändrar på många sätt arbetslivets förutsättningar. Oförutsägbarheten har blivit ett grundläggande villkor på arbetsmarknaden. Allt detta får direkta återverkningar på de anställdas arbetssituation.

Från arbetsmiljösynpunkt är konsekvenserna av den pågående utvecklingen en omfattande demontering av fasta strukturer. Det innebär djupgående förändringar av arbetets villkor, som arbetets förläggning i tid och rum och anställningsformer. Frikoppling från dessa traditionella strukturer betyder att individen själv måste ta över reglering och gränssättning. Kunskaperna om de hälsomässiga konsekvenserna av detta är begränsade.

Den offentliga sektorn genomgår stora förändringar. Det beror delvis på behovet av anpassning till den nya omvärldssituationen. Men en viktig orsak är också de starka besparingskrav som skett under 1990-talet. Inom vård, omsorg och skola har det t.ex. inneburit omorganisationer, nedskärningar och arbetsutvidgning. Många anställda med kortare utbildning har fått lämna sina anställningar, vilket inneburit kraftiga belastningar för dem som arbetat kvar. Samtidigt har vissa av dessa arbetsuppgifter övertagits av mer utbildad personal, som därmed fått nya uppgifter utöver sina tidigare uppdrag.

I vårdsektorn kunde man initialt under 1990-talet inte iaktta försämringar av hälsan på grund av förändringarna, men i slutet av decenniet har många fått ökade problem med "utbrändhet" och liknande psykiska symptom. Inom vårdsektorn upplever man att man har dåliga möjligheter att påverka arbetssituationen, vilket kan ha stor betydelse för hälsan. På många håll har det funnits en övertro på att omorganisation kan lösa problemen. Omorganiserandet kan också skapa problem. Detta har inte uppmärksamrats tillräckligt i forskningen. En ökad kompetens om psykosociala frågor behövs bland arbetsledare, både i offentlig förvaltning och i privata näringslivet.



En tydlig utveckling är att företag och förvaltningar slimmats allt mer för att inriktas på organisationens kärnverksamhet. Därmed har en uppgång skett av tidsbegränsade anställningar. Det är stor skillnad på olika former av anställningar när det gäller trygghet och utvecklingsmöjligheter, vilket kan påverka hälsosituationen. Personer med projektanställningar är anställda under en viss tid för ett särskilt projekt. De har större inflytande i arbetet och mer möjlighet till lärande och utveckling än andra grupper av tillfälligt anställda. Behovsanställda, som anställs när arbetsgivaren har tillfälligt behov, har påtagligt flera hälsobesvär än personer med fast anställning. Dessa personer har också sämre utvecklingsmöjligheter i sina arbeten. Kvinnor är kraftigt överrepresenterade i denna form av otrygg anställning.

Det har blivit allt vanligare att efterfrågesvängningar hanteras genom inhyrning av personal och när fasta tjänster inte går att besätta, framför allt inom offentlig verksamhet. Bemanningsföretagen växer snabbt. För en del anställda i dessa företag innebär det högre lön än tidigare och att man upplever en större frihet. Samtidigt är det oklart hur hälsan påverkas på sikt av att ofta byta arbetsplats och inte ingå i en fast arbetsgemenskap. Dessutom påverkas situationen för de anställda på de arbetsplatser där man löser arbetskraftsbrist genom tillfälliga inhyrningar.

Idag finns ca 400 000 enmansföretag. En del av dem är personer som har slutat en anställning, men som sedan fortsätter med samma verksamhet som egenföretagare och i många fall genom att konkurrera med längre arbetstider. Villkoren för dessa enmansföretag är mycket olika. Det finns otillräckliga studier om vad som händer med människors hälsa i dessa former av arbete.

Den pågående utvecklingen i arbetslivet gör att arbetsmarknaden och arbetskraften blir alltmer differentierad. Den arbetsrelaterade ohälsan har ökat. Under slutet av 1990-talet har antalet sjukskrivningar och antalet anmälda arbetsskador ökat kraftigt. Det är framför allt långtidssjukskrivningar som ökat. Ökningen är störst för yrkesgrupper inom sjukvård, utbildning, polis och annan offentlig verksamhet. Kvinnor är överrepresenterade i sjukskrivnings- och arbetsskadestatistiken.

Andelen långa sjukskrivningar har ökat markant under de senaste åren, efter en minskning som skedde kring mitten av 1990-talet. Man kan inte helt jämföra statistiken mellan olika år, eftersom regeländringar genomförts och arbetsmarknadssituationen förändrats. Som påpekats i inledningen till kap 6 är människor olika sårbara för olika risksituationer. Man bör därför vara försiktig när man tolkar sifferuppgifter om den arbetsrelaterade psykiska ohälsan. Benägenheten att idag vara ärligare kring den psykiska ohälsans omfattning på

grund av en attitydförändring i samhället kan också påverka diagnoserna. De psykiska problemen har ökat som sjukskrivningsorsak, men utgör fortfarande en liten del jämfört med besvär i rörelseorganen. Totalt sett dominerar besvär i nacke/axlar, ländryggsbesvär och sjukdomar i rörelseorganen. En del av dessa är stressrelaterade.

Efter flera års minskning ökar åter arbetsskadorna. Av anmälda arbetsskador dominerar fysiska belastningsskador och psykiskt betingade besvär. Den snabbaste ökningen har skett för de psykiskt betingade skadorna. Arbetsjukdomar orsakade av organisatoriska eller sociala faktorer har ökat mest av samtliga sjukdomar. Av dessa är flertalet relaterade till stress och hög arbetsbelastning. Även när det gäller fysiska belastningsskador, som är den största gruppen anmälda arbetsskador, har en kraftig ökning skett av den del som har samband med stress och hög arbetsbelastning. Efter stress och arbetsbelastning är mobbning den vanligaste typen av psykiskt betingad skada.

Arbetsmiljön och de arbetsuppgifter man har påverkar på ett avgörande sätt människors hälsa. Om okvalificerade arbetare i förvärvsaktiva åldrar skulle ha samma låga dödlighet som högre tjänstemän i samma åldrar, skulle dödligheten bland arbetarna i förvärvsaktiva åldrar minska med drygt 40 % för männen och drygt 20 % för kvinnorna. Kvinnor med arbetarbakgrund har den minst gynnsamma hälsoutvecklingen. Det område där de socioekonomiska grupperna skiljer sig mest åt är 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 och buller.

Negativ stress är en kombination av höga prestationskrav och små möjligheter för den arbetande att påverka hur och när arbetet skall utföras. Arbeten med höga krav och lågt inflytande ökar. Det gäller framför allt för den kvinnliga arbetskraften. Den typen av arbeten är något mer omfattande inom den offentliga sektorn.

Det är särskilt angeläget att ge arbetstagarna större inflytande över sina arbetsvillkor, arbetstider, kompetensutveckling och arbetsmiljö. Inflytande kan ses som individens medel för att orka ett helt arbetsliv. Det är mot den bakgrunden som ett synsätt nu växer fram att göra arbetsplatsen till en arena för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Kommittén anser att konceptet ”en hälsofrämjande arbetsplats” är värt att stödja. Aktörerna är många i ett arbete för att förändra olämpliga arbetsmiljöer men också vidta andra åtgärder som främjar de anställdas hälsa. Det handlar om arbetsgivaren med sitt arbetsmiljöansvar, myndigheter, de anställda, skyddsombud och regionala skyddsombud och företagshälsovården. Även hälso- och sjuk-

vården och försäkringskassan har incitament att bistå med insatser för att öka antalet hälsofrämjande arbetsplatser.

Ett fortsatt stöd till regionala skyddsombud är angeläget, särskilt med tanke på deras medverkan vid utarbetande av handlingsprogram för arbetsmiljön m.m. i små företag där lokala skyddsombud saknas. Det är viktigt med fortsatt stöd till arbetsmiljöutbildningar.

Företagshälsovården är en viktig resurs med sin kombinerade kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena och inom hälso- och sjukvård. Företagshälsovården har efter en omorganisation under 1990-talet inte längre några statsbidrag till verksamheten. Många större företag har behållit sin företagshälsovård i samma omfattning som tidigare, men många mindre företag har dragit sig ur företagshälsovården i traditionell mening. Kommittén anser att hälsoskäl talar för att alla arbetsplatser borde ha tillgång till företagshälsovård.

Under de senaste åren har övertidsuttaget varit högt, trots den höga arbetslösheten. Denna övertid finns oftast i åldrarna 30–49 år för både kvinnor och män, dvs. i de åldrar då många har minderåriga barn. Familjelivet påverkas på olika sätt av långa arbetsdagar. Flera studier visar att vid sidan av den registrerade övertiden finns ett relativt omfattande obetalt övertidsarbete. Flertalet av de yrkesgrupper som kännetecknas av mycket obetalt övertidsarbete är mansdominerade.

En mycket central faktor för hälsan är återhämtning. Arbetsbelastningen och arbetstidens längd har ökat i många delar av arbetslivet vilket gör att möjligheten till återhämtning har minskat. Forskningen har inte visat att det finns några enkla samband mellan långa arbetstider och hälsa. Det spelar stor roll om övertidsarbetet är beordrat, om innehållet i arbetet är starkt koncentrationskrävande eller om det finns risk för olyckor vid utdragna arbetstider. Åtgärder mot övertidsarbete måste bygga på ökad kunskap om specifika förhållanden i olika typer av arbeten. En komplikation är att det i det moderna arbetslivet ofta är svårt att se gränserna mellan arbete och hemliv. Det behövs mer forskning om betydelsen för hälsan av långa arbetstider och förläggningen av arbetstiden i olika typer av arbete.

De förändringar som pågår av arbetslivet kan få konsekvenser för hälsan. Det är förändringar som kan ge en del arbetstagare goda, utvecklande och personligt anpassade arbetsmiljöer. Samtidigt är det förändringar där andra grupper riskerar att få en försämrad arbetsituation med negativa konsekvenser för hälsan. Den snabba ökningen av stressrelaterade långtidssjukskrivningar antyder att förändringarna på arbetsmarknaden kan vara ett hot mot folkhälsan på sikt.

Det låga barnafödandet i kombination med de stora kommande pensionsavgångarna kan antas leda till arbetskraftsbrist inom många sektorer och yrken. Detta innebär ett tryck på staten och arbetsgivarna

att satsa mer resurser på det förebyggande arbetsmiljöarbetet och på tidig arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetskraftsbristen kan komma att utgöra ett hot mot välfärden samtidigt som den borde utgöra en positiv kraft i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i utvecklingen av arbetsorganisationen i vid mening. I båda fallen påverkas folkhälsoarbetet.

Nationella folkhälsokommittén anser – de olika utredningar som nu pågår till trots – att det behöver tillsättas en Arbetslivskommission. Det behövs en mycket bred översikt av de komplicerade och mångfacetterade arbetslivsfrågorna. Att förändringarna på arbetsmarknaden på gott och ont påverkar människors liv och hälsa är uppenbart, men kunskaperna om hur det nya arbetslivet kommer att påverka hälsan är otillräckliga. Företagens internationalisering, EU-anpassning, nya former för arbetskontrakt som i vissa fall ger sämre anställningstrygghet, den nya informationstekniken, migrationen, ökade krav på kompetensutveckling, hårdare arbetstempo, neddragningar av personal inom den offentliga sektorn och färre centrala avtal mellan arbetsmarknadens parter är förändringar som kan få betydelse för människors hälsa.

Den arbetsrelaterade hälsoutvecklingen har varit oroande och den arbetsrelaterade ohälsan är mycket ojämnt fördelad i befolkningen. En Arbetslivskommission behöver ha en bred sammansättning och inkludera arbetsmarknadens parter. Den bör analysera hälsotrender i förhållande till aktuella och framtida arbetslivsförändringar samt utarbeta underlag och förslag till en hälsofrämjande arbetslivspolitik. Bl.a. följande problem är angelägna att beakta:

- Att förebygga och minska utslagning från arbetsmarknaden så att den reella genomsnittliga pensionsåldern höjs till nära 65 år.
- Att invandrare snabbare skall kunna integreras i arbetslivet.
- Att höja kompetensen inom arbetslivet.
- Att kartlägga kunskaps- och forskningsbehov för hälsofrågor i det framtida arbetslivet.

I avvaktan på att en sådan Arbetslivskommission tar ett samlat grepp på arbetslivets stora frågor är det angeläget att arbetet för en god arbetsmiljö fortsätter. Det är i det perspektivet kommittén pekar på vikten av anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, att inflytandet och utvecklingsmöjligheterna ökar för såväl individer som kollektiv samt att övertidsarbetet minskar på arbetsplatserna.

### **Särskilda målgrupper**

- Anställda inom vårdsektorn, framförallt kvinnor
- Anställda inom förskola och skola
- Anställda inom butiks-, hotell- och restaurangbranschen
- Anställda inom polisverksamhet och transportsektorn

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör tillsammans med arbetsmarknadens parter tillsätta en Arbetslivskommission med uppdrag att föreslå åtgärder för en hälsofrämjande arbetslivspolitik.
- Arbetarskyddsverket bör intensifiera verksamheten avseende stress i arbetslivet.

#### *Utmaningar till privata såväl som offentliga arbetsgivare*

- Anpassa arbetsmiljöerna fysiskt och psykiskt efter människors förutsättningar.
- Främja tillsvidareanställningar.
- Vidta åtgärder så att de anställdas inflytande över arbetet ökar, såväl individuellt som kollektivt.
- Förstärk företagshälsovården.
- Öka möjligheten till flexibla arbetstider på de anställdas villkor.
- Utveckla arbetshälsokonsekvensbeskrivningar.

## Mål 6

### Tillgängliga grönområden för rekreation

- Bullerfria och säkra grönområden nära bostaden
- Stimulerande förskole- och skolgårdar för barn
- Bra utemiljöer vid särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade

Människor har ett stort behov av återhämtning från krav i arbete och familj. Man vet idag att naturen är en särskilt läkande kraft mot olika stresstillstånd. För att vi skall få nya krafter och kunna ta till oss nya tankar och impulser behöver vi först återhämta oss genom vila och rekreation. Återhämtning tar längre tid än den tid man behöver för att få nya intryck. Eftersom vistelse i natur, parker och grönområden är en viktig del av människors rekreation, är det angeläget att det finns möjligheter för alla att få tillgång till en sådan omgivning. Grönska renar också luften från stoft och avgaser och påverkar därmed miljön positivt från hälsosynpunkt.

Den svenska allemansrätten är synnerligen viktig att bevara och försvara. Allemansrätten till vårt lands stora naturområden ger människor, oavsett social tillhörighet, möjlighet att komma ut i naturen. Idag hotas den av flera orsaker, bl.a. genom att strandskyddet urholkas på många håll, t.ex. i storstadsområden.

Friluftsliv, promenader och utflykter utan krav på prestation eller tävling upplevs av många ha en stor betydelse för livskvalitet och hälsa. Hälsovärdet av friluftsliv rankas betydligt högre bland kvinnor än bland män. Att promenera och att ströva i skog och mark är en populär fritidssysselsättning som ökar med stigande ålder. Hos gruppen kvinnliga förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa har det också blivit vanligare att vistas i skog och mark. Det råder betydande regionala skillnader i denna aktivitet med en högre frekvens i landets nordliga regioner. Andelen män och kvinnor som promenerar ökar i alla befolkningsgrupper, även hos utländska medborgare. Friluftsliv har en stor potential att bli en hälsofaktor som ökar i betydelse. Samtidigt är det många människor som inte utnyttjar allemansrätten. Det kan bero på att man anser att det är för långt att ta sig till ett naturområde. Det finns ett tydligt samband mellan människors användning av grönområden för rekreation mer allmänt och tillgången till en grön omgivning i det egna bostadsområdet.

De som har en inbjudande gård vistas ute mer än de som inte har det. De som har en bra gård vistas också mer i parker eller grön-

områden längre bort. Det ställer krav på stadsplaneringen. Man kan öka utnyttjandet av parker och grönområden om det är lätt att promenera dit. Tillgången till en grön omgivning i bostadsområdena i städerna har minskat under de senaste decennierna. Kommunerna kan aktivt planera för tillgången till en grön miljö i bostadens närhet och i staden som helhet genom att i den översiktliga planeringen ta fram ett grönstrukturprogram. Det är angeläget att grönområdena är bullerfria och säkra. Med bullerfria avses att ljuden i miljön inte skall vara störande.

Barn vistas hela dagarna i sitt bostadsområde, både när de är hemma, i förskolan eller i skolan. Att ha tillgång till gröna utemiljöer vid förskolor och skolor är viktigt för barns utveckling och hälsa. Det finns påtagliga samband mellan utevistelse hos förskolebarn och antalet infektioner och stressrelaterade tillstånd som drabbar dem. Även barns grovmotorik och koncentrationsförmåga påverkas av utevistelse. Mycket tyder också på att det finns samband mellan minskad allergiförekomst hos barn och utevistelsens längd, liksom mellan utevistelse och förmågan hos barn att kunna hantera konflikter. Idag saknas klara riktlinjer för barns offentliga lekmiljö och utomhusvistelser i förskola och skola.

För äldre som har svårt att gå eller för vissa funktionshindrade är tillgången till en bra och tillgänglig gård väsentlig för hälsan. Många som idag bor i särskilda boendeformer kommer sällan ut. Möjligheten att komma ut styrs både av att det rent faktiskt finns en grön och tillgänglig gård i närheten, och att det finns stöd och hjälp för att komma ut. Äldre är mer än yngre beroende av dagsljus för sin vitaminstatus för att skelettet inte skall urkalkas. Naturligt dagsljus är viktigt för människors hälsa. Dagsljus inverkar på människors psykologiska och fysiologiska tillstånd. Det påverkar människors dygns- och årsrytm, reglerar olika hormoner och har effekt på vissa depressioner.

Vid planeringen av gårdar och grönområden måste det uppmärksammas att dessa blir tillgängliga för människor med olika funktionsnedsättningar och att det finns möjlighet för dem som behöver att vila. Äldre kan avstå från att gå ut av rädsla för att de inte skall hitta en parkbänk. Idag upplever särskilt kvinnor en oro för att bli antastade eller överfallna på promenadvägar och motionsslingor. Denna oro kan förhindra dem från att gå ut i dessa rekreativsområden. Åtgärder måste vidtas för att dessa miljöer skall bli säkrare. Det kan t.ex. handla om bättre belysning och att promenadvägar utformas så att omgivningen är lätt att överblicka.

Intresset för att odla i den egna trädgården eller kolonilotten är mycket stort. Trädgårdsodling tillhör de vanligaste fritidssysselsättningarna och är näst promenader den vanligaste fritidsaktiviteten. Det finns två miljoner trädgårdar idag och förutom själva odlingsintresset

så är man utomhus och rör sig på ett sätt som man förmodligen inte gjort i samma utsträckning annars. Att få tillgång till en kolonilott om man bor i flerbostadshus kan också skapa social gemenskap i närområdet. Möjlighet till odling är särskilt viktig för de grupper som inte har tillgång till fritidshus.

### **Särskilda målgrupper**

- Barn
- Äldre
- Funktionshindrade

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaning till nationella aktörer*

- Boverket och Barnombudsmannen bör ges i uppdrag att utarbeta allmänna råd om olika lekmiljöer.

#### *Utmaningar till kommunerna*

- Försvara allemansrätten.
- Upprätta grönstrukturprogram.
- Skapa tillgängliga och trygga grönområden.
- Skapa stimulerande gårdar i anslutning till förskola, skola och särskilda boenden.
- Öka möjligheten att odla själv.
- Förbättra tillsynen av lekmiljöer.

#### *Utmaning till fastighetsägarna*

- Skapa förutsättningar för en bättre tillsyn av lekmiljöer.



## Mål 7

### Sunda inne- och utemiljöer

- Minskad exponering för miljötabaksrök
- Väl ventilerad inomhusmiljö
- God bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft och giftfri miljö enligt Miljömålskommitténs förslag

Det svenska bostadsbeståndet har i allmänhet en hög standard, samtidigt som det i vissa fall finns brister i inomhusklimat och luftkvalitet. De faktorer som är särskilt angelägna att uppmärksamma är förekomst av radon, fukt och otillräcklig ventilation samt utsatthet för passiv rökning.

De sjukdomar och besvär som är aktuella till följd av exponering för dessa faktorer är främst astma och andra luftvägsbesvär genom tobaksrök, fukt och dålig ventilation, lungcancer till följd av radon och passiv rökning samt hjärt-kärlsjukdom genom passiv rökning. Därtill finns allmänna symtom till följd av bristfälligt inomhusklimat. Cirka 400 000–500 000 svenskar upplever sig vara så besvärade av inomhusklimatet att de får symtom. 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 dem som påverkas är irritation från ögon, näsa, svalg och de nedre luftvägarna, hudreaktioner, överkänslighet, trötthet, huvudvärk, illamående och yrsel.

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 tarmsjukdomar som följd. Förhöjda nitrathalter i jordbruksbygder samt radon i borrhållsbrunnar är andra exempel på hälsorisker. Vårt dricksvatten kan också vara en bärare av olika kemiska ämnen. Drygt en miljon glesbygdsboende och lika många fritidsboende personer tar sitt dricksvatten från enskilda brunnar. Det har uppskattats att ca 25 % av de enskilda brunnarna i glesbygdsboende har en vattenkvalitet som är otillfredsställande.

Tillgången till frisk luft är en väsentlig naturresurs som är av stor betydelse för folkhälsan. De två stora globala miljöhoten är utsläppen av koldioxid från förbränning av fossila bränslen och utsläppen av främst freoner. De ger upphov till växthuseffekten och påskyndar uttunnningen av det skyddande ozonskiktet. Hälsoriskerna med luftföroreningar är i hög 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. De viktigaste riskfaktorerna för påverkan på luftvägarna är kvävedioxid, ozon och partiklar. Kvävedioxid har störst betydelse från hälsosynpunkt. De mest utsatta grupperna är boende i tätorter, särskilt storstäder. Känsliga grupper är bl.a. barn och astmatiker. Personer med allergisk astma löper en ökad risk för att få mer besvär i tätort och i trafikmiljö jämfört med vistelse i renare luft. Luftföroreningarna i landets tätorter uppskattas orsaka ca 100 lungcancerfall per år.

Buller är kanske den miljöfaktor som berör flest antal människor. 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 högsta värde för buller utomhus. Besvärstudier uppskattar att ungefär 5–10 % av landets befolkning är mycket störda av trafiken och ungefär 2–6 % är mycket störda av buller från grannar. 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. Tinnitus är en sådan skada som inte kan botas. Barn är en särskild riskgrupp för skador eftersom de har en kortare och smalare hörselgång. Buller är också en stor arbetsmiljöfråga. Studier av yrkesmässigt exponerande tyder på att buller kan vara en riskfaktor för högt blodtryck.

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 gäller tungmetaller som kadmium och kvicksilver samt olika klorerade eller bromerade organiska ämnen. Kadmiumhalterna i svenskt spannmål är höga och ligger nära de nivåer där hälsoeffekter kan uppstå.

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 (SOU 1996:124) uppskattade att knappt 5 % 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.

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. Den trend man nu kan se, att förekomsten av bromerade flamskyddsmedel ökar i bröstmjök, är mycket allvarlig. Några tydliga effekter på svenska folkets hälsa som en följd av exponering för dessa ämnen kan idag i praktiken inte ses, men vi ligger mycket nära de nivåer där hälsoeffekter befaras kunna uppstå och de potentiella effekterna är mycket allvarliga.

Merparten av det arbete som bedrivs för att förebygga och undanröja hälsorisker i miljön sker med utgångspunkt från främst miljöbalken, miljömålsarbetet och kemikaliearbetet. De operativt aktiva är kommuner, länsstyrelser, centrala tillsynsmyndigheter, sektorsmyndigheter och företag som bedriver verksamhet som omfattas av miljöbalken och miljömålen. Det är mot den bakgrunden angeläget att frågorna om miljö och hälsa samordnas med miljömålsarbetet.

De prioriteringar och förslag som kommittén har redovisat tidigare (SOU 1999:137) stämmer väl överens med de prioriteringar som gjorts i miljömålsarbetet genom Miljömålskommitténs betänkande "Framidens miljö – allas vårt ansvar" (SOU 2000:52) samt Kemikalieutredningens betänkande "Varor utan faror – förslag till genomförande av nya riktlinjer inom kemikaliepolitiken" (SOU 2000:53). I Miljömålskommitténs betänkande har kommittén preciserat de nationella miljö kvalitetsmål som riksdagen tidigare beslutat om och som avses att nå inom en generation. Kommittén har också föreslagit åtgärdsstrategier, styrmedel och ansvarsfördelning beträffande genomförande och uppföljning m.m. I Kemikalieutredningens betänkande föreslås bl.a. ökad kunskap om kemiska ämnens hälsopåverkande egenskaper och att bioackumulerande ämnen inte skall finnas i kemiska produkter.

Mot bakgrund av att frågorna om miljö och hälsa är väl integrerade i miljöbalken och miljömålsarbetet anser vi att det inte finns skäl att starta parallella aktiviteter inom miljö-hälsaområdet utifrån mål och strategier som kommittén tar fram särskilt. Det är istället angeläget att utgå från de förslag som Miljömålskommittén fört fram och som avser etappmål för att nå miljö kvalitetsmålen om god bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft och giftfri miljö. Inom ramen för dessa förslag, och med beaktande av Kemikalieutredningens förslag om bl.a. avveckling av bioackumulerande organiska ämnen, vill vi dock betona vissa saker.

Nationella folkhälsokommittén fäster särskild vikt vid att antalet sunda hus ökar genom funktions- och emissionskrav och att antalet hus med radonförekomst minskar. Vidare anser vi att det är angeläget att bostäder miljö- och hälsodeklarerar och att allergisäkerheten ökar i förskolor, skolor, på arbetsplatser och i övriga miljöer som allmänheten

har tillträde till. När det gäller yttre miljö vill vi betona att marknära ozon, luftföroreningar och buller bör minska.

Kommittén anser att när det gäller den fortsatta beredningen av Miljömålskommitténs förslag bör tidpunkten för etappmålen ses över i vissa fall. Det är angeläget att tidpunkten för uppfyllelse av mål som berör människors hälsa kan följas upp år 2010, vilket är det år som är referenspunkt för de nationella folkhälsomålen. Att vissa mål även följs upp före resp. efter detta årtal utgör inget problem i sammanhanget.

Miljömålskommittén har inte redovisat något eget förslag om passiv rökning med hänvisning till att Nationella folkhälsokommittén behandlar frågan. Målet om att minska exponeringen för passiv rökning intar därmed en särställning, eftersom den frågan inte tas upp i miljömålsarbetet eller hanteras enligt miljöbalken eller plan- och bygglagen. Vår avsikt är mot den bakgrunden att minska den passiva rökningen bl.a. genom lagförslag om rökfrihet på restauranger, caféer och andra serveringar som allmänheten har tillträde till. Den allmänna motiveringen och specialmotiveringen till vårt lagförslag redovisas i kapitel 8. Frågan om rökfria restauranger och andra serveringar tas också upp, tillsammans med andra frågor som rör tobak, under mål 12 Minskat tobaksbruk.

Våra slutsatser i övrigt är att miljöhälsoarbetet kan stärkas om det lokala och regionala folkhälsoarbetet och Agenda 21-arbetet integreras med varandra. Det ger större möjligheter att väcka opinion och hålla en hög ambitionsnivå inom detta område.

Produkters hälsofarliga egenskaper och folkhälsomål med anledning av detta behandlas under mål 8 Skadesäkra miljöer och produkter.

### **Särskilda målgrupper**

- Barn och ungdom
- Personer med allergiska besvär och annan överkänslighet
- Personer som bor i områden med stark exponering för ozon, luftföroreningar och buller

## **Aktörer och åtgärder**

### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör ändra i tobakslagen så att restauranger och andra serveringsställen görs rökfria.
- Staten bör verka för en ökning av antalet sunda hus genom att ange funktions- och emissionskrav för byggnader och byggmaterial.
- Staten bör bidra till att bristfällig ventilation, fuktiga byggnader och höga radonhalter åtgärdas.
- Staten bör bidra till en ökning av kunskaperna om brister i inomhusmiljön genom utbildning, information, opinionsbildning och forskning.
- Staten bör anta regler för miljö- och hälsodeklarering av bostäder.
- Staten bör anta Miljömålskommitténs etappmål för de av riksdagen antagna miljö kvalitetsmålen god bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft och giftfri miljö.

### *Utmaning till byggföretag och fastighetsägare*

- Åtgärda hus med radonförekomst och bostäder som skapar allergiproblem och annan överkänslighet.

### *Utmaning till företag, länsstyrelser och kommuner*

- Åtgärda luftföroreningar och buller genom insatser som i första hand berör vägtrafiken.

### *Utmaning till kommuner*

- Knyt samman Agenda 21-arbetet med åtgärder för en god hälsa.

## Mål 8

### Skadesäkra miljöer och produkter

- Skadesäkra hemmiljöer, trafikmiljöer och andra offentliga miljöer
- Minskad användning av hälsofarliga och allergiframkallande produkter

Det är en viktig hälsofråga att skapa miljöer som minskar risken för skador. Skador kan vara konsekvensen av oavsiktliga händelser som olycksfall och avsiktliga handlingar som våld, självmord och självmordsförsök. Det är främst skador på grund av olycksfall som kan förebyggas med skadesäkra miljöer, men även förekomsten av självmord och våld kan i viss mån påverkas genom miljöns utformning.

Det skadeförebyggande arbetet har varit mycket framgångsrikt i Sverige. Många dödsfall och skador har förhindrats genom förändringar av miljön, inte minst arbetsmiljön, och genom information kring vissa skaderisker. Det är ett folkhälsoarbete som ger snabba resultat i minskat mänskligt lidande. Antalet barnolycksfall med dödlig utgång har t.ex. minskat från omkring 400 barn per år under 1950-talet till omkring 80 dödsolyckor per år idag. Skador är ändå fortfarande den vanligaste dödsorsaken för barn, ungdomar och yngre vuxna.

Risken att skadas finns i alla miljöer, men de flesta olyckor sker i bostaden, i skolan samt under friluftsliv, motions- och idrottsutövning. Arbetskadorna diskuteras i anslutning till Mål 5 om en god arbetsmiljö.

Händelser som resulterar i skador sker inte slumpmässigt i befolkningen. De inträffar i hög grad i relation till exponering för risker i olika miljöer. Risken att skadas skiljer sig åt mellan människor beroende på framför allt ålder, kön och socioekonomisk grupp. För ett samhälle som vill uppnå en god och jämlik hälsa är det därför en viktig uppgift att utforma skadesäkra miljöer. Barn med olika social bakgrund skadas olika mycket. Barn till tjänstemän har t.ex. en betydligt lägre dödlighet på grund av olycksfall än barn till arbetare och jordbrukare. Män skadas mer än kvinnor, en skillnad som gäller alla åldrar.

Många skador kan förebyggas genom skadesäkra miljöer, t.ex. fallolyckor bland äldre, olyckor i lekmiljöer, brandskydd och god trafikplanering. Andra skador är mer beroende av individers kunskap och beteende. Många unga män skadas genom risktagande under fritidsaktiviteter och i trafiken. Det finns anledning att ha riktade insatser till unga män. Information till cyklister om betydelsen av att använda cykelhjälm och till småbarnsföräldrar om risker i hemmiljön är andra

exempel på informationsinsatser till specifika grupper. Barnsäkra hem- och lekmiljöer är en kombination av information till föräldrar och förskolepersonal och åtgärder i den fysiska miljön.

Trafikmiljön behöver göras säkrare, framför allt för oskyddade trafikanter. Den s.k. nollvisionen, som innebär att ingen skall dödas eller skadas allvarligt i trafiken, är en vision som riksdagen lagt fast. Kopplat till visionen finns ett mål att antalet döda i trafiken skall vara högst 270 döda år 2007, vilket är en halvering under en tioårsperiod. När det gäller cykelolyckor, så inträffar varje år 40–50 dödsfall därför att cyklisten inte använt cykelhjälm. Utöver detta sker många olyckor som orsakar skallskador. Det görs insatser för att öka hjälmanvändandet, men informations- och påverkansarbetet behöver intensifieras. Inom färdtjänstverksamheten sker idag olyckor som ofta inte ens rapporteras, därför att tillbuden inte innebär kollisioner. Det handlar om att rullstolar inte sätts fast ordentligt och att säkerhetsbälten inte fungerar.

Produkter måste vara säkra för användaren. Det krävs insatser både av tillverkarna och av myndigheter för att minska skaderiskerna. Det är i synnerhet viktigt att leksaker och andra produkter som barn kommer i kontakt med är säkra. Från allergisympunkt är kraven på olika produkter central. Nästan 20 % av befolkningen har olika former av kontaktallergier. Det är betydligt vanligare att kvinnor har kontaktallergi än män. Det är t.ex. tio gånger vanligare med nickelallergi hos kvinnor. En utsatt grupp är de som i sitt arbete riskerar att utveckla allergi eller försämras i sin allergisjukdom. Nya varor tillkommer ständigt, som kemiska produkter, kosmetika, hygienartiklar och byggnadsmaterial. Idag beskrivs 3 700 olika ämnen som kontaktallergen. Även tillverkningen av livsmedel har under de senaste decennierna förändrats radikalt. Behovet av samråd mellan näringsliv, forskare, myndigheter och allergiorganisationer är stort.

I Sverige registreras varje år drygt 40 000 nya cancerfall, av vilka 10 % är hudcancer. Hudcancer har ökat kraftigt under de senaste decennierna. Det finns ett klart samband mellan solvanor och hudcancerrisk. Faktorer som t.ex. charterresor, annat fritids- och rekreationsutbud, klädvanor och trenden att vara brun har bidragit till ökningen. När solarium används ofta ökar risken för hudcancer. Även solskyddskrämer kan bidra eftersom de skyddar mot hudrodnad som den ultraviolette strålningen kan ge, men inte mot dess cancerframkallande effekter. Användning av solskyddskrämer kan därför inge en falsk trygghet och istället leda till en ökad exponeringstid. Det är angeläget att information ges om olika orsaker till hudcancer och att solskyddskrämer produktdeklarerar.

Insatser för att förebygga självmord är en synnerligen viktig del av folkhälsoarbetet. Även om antalet självmord har sjunkit, så är självmord fortfarande den vanligaste dödsorsaken för män och den näst vanligaste för kvinnor i åldrarna 15–45 år. Med goda insatser på olika samhällsområden går självmord att förebygga. Det är bl.a. en fråga om barns uppväxtvillkor, om elevvårdsresurser i skolan, om arbetsmiljön och om hälso- och sjukvårdens förutsättningar att uppmärksamma när en människa är i riskzonen för ett självmordsförsök. Men det är också en fråga om att minska risker i den fysiska miljön. Att förhindra självmord handlar därför om samarbete mellan olika instanser.

För kvinnor och barn finns betydande risker att skadas genom våld och övergrepp i det egna hemmet. Att på olika sätt stödja föräldrarna att klara av sin fostrarroll är viktigt för att undvika barnmisshandel. Kvinnofridspropositionen, som antogs av riksdagen år 1998, konstaterade att våld mot kvinnor är ett stort folkhälsoproblem. I propositionen nämns att 7 % av alla flickor blivit utsatta för sexuella övergrepp före 18 års ålder. Nästan var tionde dag dödas en kvinna i Sverige av en närstående man. Enligt andra undersökningar är siffran något lägre. Mäns våld mot kvinnor resulterar i både fysiska och psykiska skador. De insatser som riksdagen antagit med anledning av kvinnofridspropositionen skall utgöra underlag för insatser mot våld mot kvinnor.

Våld mellan män tillhör de vanligaste våldsbrotten. Att förebygga den typen av brott handlar om uppväxtvillkor och levnadsförhållanden i stort, men det handlar också om en mansroll som behöver förändras. Arbetet för att öka jämställdheten mellan kvinnor och män är ett sätt att verka mot våld.

Våld som uttryck för diskriminering av en viss grupp är en allvarlig företeelse. Grupper som utsätts för detta är framför allt homosexuella och invandrare, särskilt de som kommer från utomeuropeiska länder.

Alla människor kan tillfälligt tillhöra en skaderiskgrupp genom att befinna sig i en särskild miljö. Nöjesliv och restaurangbesök är ofta förknippat med alkoholförtäring. Bråk och våld kan uppstå ibland. Det ställer stora krav på nöjesarrangörer och krögare att förhindra detta, men det är också viktigt med en effektiv tillsyn.

Sverige har under 1900-talet gjort framgångsrika skadeförebyggande insatser, som resulterat i en dramatisk minskning av dödsfall på grund av skador. På senare år har lokala skadeförebyggande program enligt modellen för ”En säker och trygg kommun” lett till att olycksfallsskadorna minskat med upp till 30 % inom resp. kommun. Modellen bygger på att det är många aktörer som samverkar i det skadeförebyggande arbetet.

Vid Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum, EpC, pågår ett uppbyggnads- och utvecklingsarbete för att få till stånd ett nationellt



skaderegister. Ambitionen är att bygga upp ett register i två delar, en del med nationellt heltäckande data och en del baserad på data från ett representativt urval av sjukvårdsenheter. Registret skall omfatta alla typer av skador, både sådana som uppkommit avsiktligt och sådana som orsakats av olyckshändelser.

Ett nationellt skaderegister skall ge underlag för preventiva insatser och för utvärdering av dessa insatser. Det skall tillgodose kommuners behov av data för att minska skaderisker. Det skall också kunna användas för att ge epidemiologisk kunskap, för planering inom hälso- och sjukvården för att förbättra behandling och för forskning. Det skall även tillgodose Folkhälsoinstitutets behov av data för uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen. Möjligheterna att belysa skador ur ett jämlikhets- och socioekonomiskt perspektiv är särskilt viktig. Det är angeläget att detta nationella skaderegister kommer till stånd och att regeringen utfärdar en förordning för hälsodataregister.

Den så kallade sektorsprincipen som ger olika myndigheter sektorsansvar i skilda frågor bör också omfatta ett ansvar för att miljöerna inom resp. område är skadesäkra.

### **Särskilda målgrupper**

#### *Skador*

- Hela befolkningen beträffande skador, men olika grupper behöver olika form av information och insatser.

#### *Hälssofarliga produkter*

- Barn och unga
- Människor med allergiska besvär

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Alla aktörer, offentliga och privata, bör svara för åtgärder och kostnader för att utforma en skadesäker miljö inom sitt ansvarsområde.
- Ett nationellt skaderegister bör snarast inrättas av Socialstyrelsen. För att möjliggöra detta bör en förordning om hälsodataregister utfärdas.

- Vägverkets arbete för att minska skador i trafiken bör fullföljas. Vägverket bör ha ansvar för en intensifierad information för att öka användningen av cykelhjälm.
- Konsumentverket bör ges möjligheter att förbättra kontrollen av produkters säkerhet, särskilt leksaker.
- Läkemedelsverket bör verka för att solskyddskrämer produktdeklarerar.

#### *Utmaningar till kommunerna*

- Utveckla skadesäkra miljöer enligt modellen ”En säker och trygg kommun”.
- Minska skaderisker i äldres hemmiljö bl.a. genom att förebygga fallolyckor.
- Förbättra tillsynen av lekmiljöer och tydliggör fastighetsägarnas ansvar för säkerheten i dessa miljöer.
- Skolan bör kontrollera att alla barn kan simma.
- Kommuner och färdtjänstentreprenörer bör ställa högre krav på säkerheten inom färdtjänsten.
- Beakta allergiframkallande och andra hälsofarliga egenskaper hos produkter vid upphandling.
- Informera berörda yrkesgrupper och allmänheten om allergifrågor.

#### *Utmaningar till landstingen*

- Utveckla informationen inom hälso- och sjukvården om skaderisker genom mödrahälsovården och barnhälsovården.
- Förbättra samordningen mellan hälso- och sjukvården och kommunerna när det gäller skadesäkra miljöer.
- Registrera skador.
- Beakta allergiframkallande och andra hälsofarliga egenskaper hos produkter vid upphandling.
- Informera berörda yrkesgrupper, patienter och allmänheten om allergifrågor.

## Mål 9

### Ökad fysisk rörelse

- Mer fysisk rörelse i skolan och i anslutning till arbetet
- Mer fysisk rörelse under fritiden

I bondesamhället var kroppsarbete självklart och nödvändigt, medan det i dagens samhälle ställs allt mindre krav på fysisk aktivitet. För att få den rörelse kroppen behöver måste vi, till skillnad mot tidigare, själva ta initiativ på vår fritid och röra oss. Därför uppstår också stora skillnader i befolkningen när det gäller fysisk aktivitet.

Allmänt sett rör vi oss alldeles för lite för att vi skall må bra. Det ökande stillasittandet är på sikt ett hot mot hälsan för många. Den fysiska aktiviteten blir också alltmer en fråga om social tillhörighet. Fysisk aktivitet – precis som många andra levnadsvanor – följer tydliga sociala mönster och är kopplad till livsstilen och levnadsvillkoren i stort. De med längst utbildning motionerar mest och de med kortast utbildning minst. De som är fysiskt aktiva äter också mer hälsosamt och röker mindre än andra.

Det finns ett mycket tydligt samband mellan omfattningen av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. En halvtimmes måttlig fysisk rörelse om dagen skulle minska risken för hjärt-kärlsjukdom, icke-insulinberoende diabetes, fallolyckor, benskörhet på sikt, vissa cancerformer och lättare former av depression. En av anledningarna till den ökande övervikten i befolkningen är att människor rör sig för lite. Det handlar också om matvanor för många. Man räknar med att omkring 45 % av befolkningen är överviktiga eller feta.

Många arbetar i yrken som innebär hård fysisk belastning. Det gäller särskilt för kvinnor i vårdyrken. Men det är en felsyn om man tror att de får sitt behov av fysisk aktivitet tillfredsställt genom sitt arbete. Istället kan det vara tvärtom. Om man arbetar i yrken med snedbelastning och ensidiga rörelser, så kan behovet av motion vara ännu viktigare för att undvika belastningsskador och värk. Det borde vara en självklarhet att ingen skall skadas av sitt arbete, vilket det också är när det gäller kemiska exponeringar. På alla arbetsplatser med stillasittande arbeten eller arbeten med ensidig fysisk belastning borde förebyggande fysisk aktivitet ingå som en naturlig del av arbetsdagen.

Lekar och spontantidrott har förändrats vilket innebär att barn och unga rör sig för lite. Samtidigt är idrott den i särklass populäraste organiserade fritidsaktiviteten bland barn och ungdom. Pojkar är aktivare än flickor. Den sociala snedrekryteringen till idrottsaktiviteter är

samtidigt märkbar. Sverige har i förhållande till många nationer i Europa ett lågt antal timmar med fysisk aktivitet i skolan. Friluftslivet har en alltför undanskymd plats i skolan. Förskolan och skolan bör stimulera till fysisk aktivitet. Barn med olika funktionsnedsättningar måste ges möjlighet till aktivitet som är anpassad efter deras förutsättningar, vilket också bör gälla för barn med kraftig övervikt. Idag är det många barn som inte lär sig simma. Det är särskilt vanligt bland barn med utländsk bakgrund.

För äldre är fysisk aktivitet och möjlighet att komma ut mycket viktigt för att bevara och förbättra hälsan. Ändå förblir många stillasittande i sina hem eller i särskilda boenden, därför att de inte får hjälp och stöd att komma ut. Vissa funktionshindrade får inte alls den fysiska aktivitet som är nödvändig för att upprätthålla sin fysiska förmåga. Det stöd som skulle behövas för att utföra viktiga rörelser som är anpassade till individen saknas ofta.

De allra flesta som ägnar sig åt motion gör det för att få rekreation och bli avstressade. Att motionera eller röra på sig mer i vardagslivet tillhör de hälsofaktorer som vi som individer direkt kan påverka själva. Samtidigt är det en samhällsfråga. Det måste rent praktiskt bli möjligt för alla att röra på sig. Det är ett samhällsansvar att barn stimuleras till fysisk aktivitet och att skolvägen och skolgårdarna uppmuntrar till cykling och spontan fysisk aktivitet. På samma sätt är det ett samhällsansvar att äldre och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor. Arbetsgivarna har på motsvarande sätt ett ansvar för att arbetstagarna erbjuds fysisk aktivitet i anslutning till arbetet. Idrottsrörelsen inkl. handikappidrotten har stor betydelse för att stimulera breddidrotten. Kommunernas stadsplanering påverkar möjligheterna till att snabbt och enkelt nå rekreationsområden och motionsanläggningar. Kommunerna har också genom skolan ett ansvar för att alla barn ges möjlighet att lära sig simma.

### **Särskilda målgrupper**

- Barn och ungdomar
- Äldre
- Invandrare
- Vissa funktionshindrade och långtidssjuka
- Yrkesverksamma i yrken med hög eller ojämn belastning och/eller mycket stillasittande

## **Aktörer och åtgärder**

### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör stimulera motion och breddidrott i alla former.
- Apoteket AB bör informera sina kunder om sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa.

### *Utmaningar till kommunerna*

- Verka för att skolan och förskolan stimulerar till fysisk aktivitet.
- Skapa förutsättningar för att alla barn lär sig simma.
- Skapa förutsättningar för att äldre kan komma ut varje dag.
- Stöd ideella organisationer som har olika motionsaktiviteter.

### *Utmaningar till landstingen*

- Hälsa- och sjukvården bör stimulera patienter till fysisk aktivitet.
- Se till att funktionshindrade erbjuds träning som är anpassad efter individuella behov.

### *Utmaning till idrottsorganisationerna*

- Rekrytera nya grupper av människor till den organiserade idrotten.

### *Utmaning till arbetsgivare och fackliga organisationer*

- Arbetsplatsen bör bli en stödjande miljö för hälsofrämjande fysisk aktivitet.

Ytterligare aktörer och åtgärder redovisas under målen 6 och 8.

## Mål 10

### Goda matvanor

- Ökad konsumtion av frukt och grönsaker och minskad konsumtion av fett och socker
- Minskad övervikt i befolkningen
- Ökad förekomst av amning

Maten och våra matvanor påverkar vår hälsa, men fungerar också som kulturbärare, mötesplats och en källa till njutning. En riktigt sammanfattad kost har en stor betydelse för hälsan, både genom att främja och bevara god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. Matvanorna är en del av vår kulturella och sociala tillhörighet. Förändrade matvanor i befolkningen beror på en kombination av priser, marknadsföring, nya trender, förändrade familjemönster, arbetslivsvillkor och hälsoinformation.

Matvanorna skiljer sig åt mellan människor med olika kulturell och social bakgrund, mellan könen, mellan ung och gammal och mellan olika delar av Sverige. Kunskap och medvetenhet om matens betydelse för hälsan är något lägre bland människor som är korttidsutbildade jämfört med dem som har längre utbildningar. Kvinnor äter mer hälsosamt än män och är mer benägna att förändra sina matvanor. Ungdomar äter magrare mjölkprodukter men mindre frukt och grönsaker än vuxna. Barn och ungdomar äter mer godis, glass och läsk än vuxna. Friska äldre äter generellt sett balanserat, men näringsbrist och undernäring förekommer inom särskilda boendeformer och bland vissa ensamboende äldre.

Alla människor bör ha tillgång till både säker och hälsosam mat. Sverige har än så länge varit förskonat från större livsmedelskatastrofer. Lagstiftning och kontroll av kvaliteten på livsmedel och dricksvatten, livsmedelsmärkningen, hållbarheten och uppgift om ursprungsland är centrala frågor för befolkningens hälsa. En ökad vaksamhet krävs nu genom internationaliseringen och harmoniseringen av lagstiftningen inom EU.

De flesta konsumenter är idag medvetna om betydelsen för hälsan av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Konsumtionen av frukt och grönsaker har ökat kraftigt, men fortfarande äter vi genomsnittligt för lite grönt, för lite fibrer och för mycket socker och fett för att det långsiktigt skall vara bra för hälsan.

Det som människor själva upplever som hinder för att äta hälsosamt är framför allt brist på tid, att man inte vill avstå från mat man tycker om samt att man saknar praktisk kunskap eller möjligheter att tillaga och förvara mat. Grupper med lägre socialgruppsstillhörighet anger att priset är en av de faktorer som har störst betydelse för valet av livsmedel.

Överkänslighet mot födoämnen förekommer oftare hos barn än hos vuxna. Bland barn upp till sex års ålder och bland tonåringar och unga vuxna är omkring 10 % överkänsliga eller allergiska mot något födoämne. I högriskfamiljer för allergi bör barnen avhålla sig från att äta utpräglad allergiframkallande ämnen som ägg och fisk före ett års ålder. En säker och heltäckande livsmedelsmärkning är av största betydelse för människor med födoämnesallergi eller överkänslighet.

Övervikt och framför allt fetma är ett snabbt ökande hälsoproblem. Detta problem är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Nästan hälften av den vuxna befolkningen är överviktiga eller feta. Kraftig övervikt av den omfattningen att den kan förväntas förkorta livslängden har nu blivit så vanlig att man räknar med att 10 % av alla vuxna tillhör riskgruppen. Det är särskilt anmärkningsvärt att andelen med fetma och övervikt även ökar bland yngre. Insjuknandet i åldersdiabetes har ökat. En av orsakerna är troligen den kraftiga ökningen av kroppsvikten. Olika former av ätstörningar är ett problem bland yngre, särskilt hos flickor. Man räknar med att omkring 5 % av kvinnor mellan 13–40 år har någon form av ätstörning. Man uppskattar att ungefär 30–40 % av de kraftigt överviktiga har en hetsättningsstörning.

Det har skett en kraftig uppgång av antalet kvinnor som ammar och av amningstidens längd sedan 1970-talet. Amning och bröstmjolk är mycket positivt för barnet. Alla landets förlossningskliniker är numera amningsvänliga. Trots detta finns fortfarande stora regionala skillnader i hur mycket och hur länge mödrarna ammar. Unga, korttidsutbildade kvinnor ammar minst.

Matvanorna är starkt förknippade med socialgruppsstillhörighet. Gymnasieelever som kommer från hem med arbetaryrken äter inte frukost lika ofta som övriga elever. Elever som äter skollunch har bättre kondition än de som sällan äter lunch.

För att förbättra matvanor bland dem som behöver det mest är det viktigt med stödjande miljöer som bra utbud i lunchrestauranger, i skolan och inom olika vårdformer. Den offentliga sektorn har ett särskilt ansvar för att den mat som serveras inom olika institutioner och skolor är både god och hälsosam och att matmiljön stimulerar till trevliga måltider. I skolan är det viktigt att undervisningen om hälsa och mat integreras med annan hälsoundervisning, eftersom ohälsosamma matvanor ofta är förknippade med andra livsstilsrisker. Vid information

är det viktigt att främja en positiv inställning till mat och till den egna kroppen. Metoder för en integrerad hälsoundervisning bör utvecklas.

Äldre som inte längre kan laga sin mat själva är ofta beroende av leverans av färdiglagad mat. Lusten att äta kan minska, när man inte längre är med och lagar den mat man själv tycker om. Att äta ensam innebär också att matlusten för en del försvinner. Det bör därför vara möjligt för äldre att få sin mat tillagad hemma i vissa fall, på samma sätt som svårt funktionshindrade idag kan få det genom personliga assistenter.

Personer med utvecklingsstörning och en del av dem som har psykiska funktionshinder kan ha behov av att få stöd till bra matvanor. Det är vanligt att personer med utvecklingsstörning eller psykiska funktionshinder både äter ohälsosam mat och lever inaktiva liv, med övervikt och dålig hälsa som följd. Hos människor med psykiska funktionshinder är viktökning också en vanlig biverkan av neuroleptika, främst därför att medicinen ökar hungerkänslan. Vissa kroniska sjukdomar medför behov av specialkost och näringsdrycker, som tillskott eller enda föda. Specialkost är ofta dyr och möjligheterna till ekonomiskt stöd varierar över landet.

Industrin och s.k. professionella matlagare kan komma att ta över alltmer av rollen som hemmets producenter av mat. Tillgången ökar på s.k. functional foods, som är vanliga livsmedel som har modifierats för att ge hälsomässiga fördelar. Det är ännu okänt hur en ökad användning av dessa livsmedel kommer att påverka matvanorna i stort. För närvarande är det ingen fråga som har betydelse från folkhälsosynpunkt.

Matvanorna påverkas av politiken i stort. Det finns en nationell handlingsplan för nutrition antagen, som det är viktigt att stödja. Idag beslutas viktiga delar av jordbruks- och livsmedelspolitiken på EU-nivå. Den nuvarande politiken tar delvis andra hänsyn än sådana som är bra för befolkningens hälsa. Det är angeläget att Sverige aktivt engagerar sig i det internationella nutritionsarbetet.

Samhället har ett stort ansvar för att se till att de livsmedel som finns är säkra, att livsmedelsmärkningen fungerar, att det finns ett bra utbud i hela landet, att alla har tillgång till opartisk information om samband mellan matvanor och hälsa, att de måltider som serveras på uppdrag av offentliga aktörer är goda och hälsosamma och serveras i en stimulerande miljö.



## Målgrupper

- Barn och ungdom
- Äldre
- Födoämnesallergiker
- Vissa funktionshindrade
- Invandrare

## Aktörer och åtgärder

### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Statens livsmedelsverk bör mot bakgrund av sitt sektorsansvar för livsmedel utveckla sin information till allmänheten om sambandet mellan kost och hälsa.
- Statens livsmedelsverk, Folkhälsoinstitutet, Konsumentverket, Socialstyrelsen, Skolverket, Naturvårdsverket, Integrationsverket bör arbeta med utgångspunkt från och vidareutveckla strategidokumentet Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004.
- Konsumentverket bör verka för tillfredsställande tillgänglighet till dagligvaruservice i hela landet.
- Staten, kommuner och landsting bör se till att alla politiska beslut som påverkar matvanor och livsmedelssäkerheten underkastas hälsokonsekvensbedömningar, såväl nationellt som inom EU.
- Apoteket AB bör informera sina kunder om matvanornas betydelse när det gäller att förebygga olika sjukdomar.

### *Utmaningar till landstingen*

- Verka för god och hälsosam mat inom hälso- och sjukvården.
- Hälso- och sjukvården bör i större utsträckning belysa sambanden mellan kost och hälsa och ge individuella råd.
- Främja, skydda och stödja amning.
- Ge stöd till dem som behöver specialkost.

### *Utmaningar till kommunerna*

- Skolan bör stödja utvecklingen av hälsofrämjande matvanor genom att göra eleverna till medvetna konsumenter, förbättra skolmåltiderna och använda hem- och konsumentkunskapen mer.

- Äldre och människor med funktionshinder som inte kan laga sin mat själva bör ha tillgång till god och hälsosam mat i hemmet och i särskilda boendeformer.
- Kommunen bör verka för att mat som serveras inom offentligt finansierad verksamhet är god, stimulerande och näringsriktig.

*Utmaningar till livsmedelsbranschen*

- Främja utveckling och marknadsföring av hälsosamma livsmedel.
- Förbättra livsmedelsmärkningen.

*Utmaning till hotell- och restaurangbranschen*

- Utbudet av maträtter bör påverkas så att framför allt dagliga arbetsmåltider främjar en god hälsa.

## Mål 11

### Trygg och säker sexualitet

- Minskad smittspridning av sexuellt överförbara sjukdomar
- Minskat antal oönskade graviditeter
- Ingen skall diskrimineras på grund av sexuell läggning

Sexualiteten är en viktig faktor i människors liv och har betydelse för lust och livsglädje. Människors syn på sexualitet formas i samspel med andra och efter det samhälle där man växer upp och lever. Det är biologiska, emotionella, sociala och religiösa faktorer som påverkar synen på sexualitet i samhället. Dessa faktorer växlar i betydelse under olika åldrar hos resp. individ, hos olika grupper och i samhället över tid.

En lustfylld och trygg sexualitet, fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld, är hälsosam. Synen på sexualiteten i samhället som helhet är därför viktig. Den bestämmer t.ex. om människor som är homo- eller bisexuella utsätts för fördomar och diskriminering – och med ohälsa som följd. Den är också väsentlig för kvinnors hälsa. En förnedrande syn på kvinnors sexualitet leder till sexuellt tvång och våld och därmed ohälsa.

Sexualiteten förknippas ofta med sexuellt överförda sjukdomar och oönskade graviditeter. Så skall det inte behöva vara. Förutsättningen för att inte de negativa följderna av sexualiteten skall dominera synsättet, är att det i grunden råder en positiv och öppen attityd till sexualitet i samhället. I ett öppet klimat är det lättare att våga skydda sig vid sexuella kontakter. Ett sådant klimat är en viktig förklaring till att det svenska samhället hittills kunnat hindra en dramatisk ökning av hiv.

Arbetet mot hiv och andra sexuellt överförda sjukdomar måste dock fortsätta. Idag ökar smittspridningen av klamydia bland de sexuellt aktiva yngsta ungdomarna. Gonorré ökar bland män som har sex med män. Detta tyder på förändringar i det sexuella beteendet och inger oro för att även smittspridningen av hiv kan komma att öka. För att förhindra en möjlig ökning behöver åtgärder vidtas. I detta ingår bl.a. en bra smittskyddsverksamhet. Ständig vaksamhet måste också finnas för att stödja arbetet mot hiv i de länder där smittspridningen är hög i befolkningen. Den mycket snabba smittspridningen som idag sker på många håll i världen, t.ex. i delar av Ryssland, kan komma att utgöra ett hot även i Sverige. Den internationella sexhandel som pågår och ökar i Europa innebär ett hot om ökad smittspridning, men vidmakthåller också en kvinnoförnedrande sexualsyn.

Antalet aborter sjönk under 1990-talet bland tonåringar. Den högsta frekvensen finns nu bland kvinnor mellan 20 och 30 år. Under de sista åren har antalet aborter dock stigit bland de yngsta tonåringarna. Abortfrekvensen är högst bland dem som bor i socioekonomiskt svaga områden. Den ökade tillgången till s.k. abortpiller kommer att minska möjligheterna att följa utvecklingen av antal avbrutna graviditeter i fortsättningen. Aborter kan få hälsokonsekvenser och därför bör preventivmedelsrådgivning vara lättillgänglig och avgiftsfri. När abortrådgivning ges bör den erbjudas både kvinnan och mannen.

Att sexuellt överförda sjukdomar och antalet aborter ökar bland de yngsta tonåringarna är en varningssignal om ett sexuellt beteende som kan leda till ohälsa. Tidig upptäckt av sexuellt överförda sjukdomar är viktig, eftersom de annars kan leda till allvarliga konsekvenser som infertilitet, utomkvedshavandeskap och livmoderhalscancer. Skamkänslor i samband med abort är idag ovanliga, men en abort kan medföra påfrestningar, i synnerhet psykiska.

Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar främst om att stärka individens egen identitet och självkänsla. Det gäller också i fråga om sexuella övergrepp. De som utsätter andra för övergrepp lider av en svag självkänsla och identitet. Att vara trygg i sig själv är en viktig allmänt hälsofrämjande faktor, men när det gäller hur man handskas med sin sexualitet är denna självkänsla central.

Idag förmedlas sexuella budskap i stor utsträckning genom kommersiella kanaler. För att ungdomar skall få möjlighet att reflektera och samtala kring sexualitet, etik och samlevnad är skolans och ungdomsmottagningarnas roll mycket betydelsefull. De måste möta alla elever, oavsett sexuell läggning, etnisk bakgrund, moralisk eller religiös inriktning, med respekt och på lika villkor. Utgångspunkten för samlevnadsundervisningen bör vara det reflekterande samtalet. Det är särskilt viktigt för att ungdomar från olika kulturer aktivt skall kunna delta.

Sexualiteten som en källa till livsglädje finns långt upp i åldrarna. Kunskapen om sexualiteten som hälsofrämjande faktor, både ur ett genus- och åldersperspektiv, bör öka. Det är diskriminerande att förknippa sexualitet med ungdom och skönhet. Attityden i samhället måste förändras, så att också äldre människors behov erkänns. Än svårare är situationen för vissa funktionshindrade, som i rehabiliterings- och vårdssammanhang ofta möter attityder som om de inte har sexuella behov. Det är ett diskriminerande synsätt.

## Särskilda målgrupper

- Ungdomar

### *För minskad smittspridning*

- Män som har sex med män
- Personer som har vistats i eller kommer att vistas i regioner med en hög frekvens av STD/hiv
- Hivsmittade och deras partners

## Aktörer och åtgärder

### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Folkhälsoinstitutet bör i samarbete med Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet följa utvecklingen av STD/hiv.
- Folkhälsoinstitutet bör följa utvecklingen inom sex- och samlevnadsområdet.
- Integrationsverket bör förstärka informationen om STD/hiv till nyanlända personer.
- Skolverket bör verka för att förbättra sex- och samlevnadsundervisningen i skolan.
- Kriminalvårdsverket bör förstärka rådgivningen om sexualitet och smittskydd till internerna.
- Försvarshögkvarteret bör förstärka insatserna för att nå värnpliktiga med information och samtal kring sexualitet och STD/hiv.
- Apoteket AB bör ge information om sexuellt överförda sjukdomar, smittspridning och preventivmedel till sina kunder.
- Högskoleverket bör förstärka undervisningen i frågor som rör sexualitet och STD/hiv i lärarutbildningen.

### *Utmaningar till kommuner och landsting*

- Utveckla skolans sex- och samlevnadsundervisning.
- Utveckla ungdomsmottagningarna och det individuella stödet i skolan.
- Erbjud i större utsträckning frivilligorganisationerna att verka i det STD/hiv förebyggande arbetet.
- Öka tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning och värna om avgiftsfriheten.

- Verka för ökad kondomanvändning för att minska smittspridning genom riktade insatser till grupper där smitta huvudsakligen sker.
- Öka tillgängligheten till provtagningar avseende STD/hiv.
- Vid abortrådgivning bör denna erbjudas både kvinnan och mannen.

*Utmaning till resebranschen*

- Sprid information om förekomst av STD/hiv i olika länder.

## Mål 12

### Minskat tobaksbruk

- En tobaksfri livsstart från år 2010
- En halvering till år 2010 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa
- En halvering till år 2010 av andelen rökare bland de grupper som röker mest
- Ingen skall utan eget val utsättas för rök i sin omgivning

Tobak är den enskilt största hälsoriskan i Sverige. Var fjärde rökare dör i medelåldern av sin rökning. De vanligaste medicinska effekterna av rökning är besvär i luftvägarna, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, lungcancer, andra cancerformer, hjärt-kärlsjukdomar, allergi, tandlossning, impotens m.m. Lungcancer är den vanligaste orsaken till cancerdödsfall i världen. Tobaksrökning är den främsta orsaken till detta.

Rökningens negativa effekter drabbar också personer i omgivningen. Man finner därför samma sorts skador hos dem som utsätts för miljötobaksrök, s.k. passiv rökning, som hos rökarna själva. Risken avgörs av koncentrationen av rök i luften och exponeringens längd. I Sverige dör omkring 8 000 personer varje år på grund av rökning. Därutöver tillskrivs 500 dödsfall per år passiv rökning. En effekt av rökning är att risken för plötslig spädbarnsdöd ökar.

Det har skett en kraftig minskning av tobaksbruket. Nu röker knappt 20 % av befolkningen, men det föreligger stora skillnader mellan olika grupper och mellan män och kvinnor. Bland unga och medelålders är det fler kvinnor än män som röker. Unga flickor röker betydligt mer än pojkar. Det är stora skillnader mellan hög- och låginkomsttagare, yrkesgrupper, etniska grupper och civilstånd. Idag röker t.ex. omkring 10 % av män som är högre tjänstemän medan omkring 50 % av ensamstående mammor är rökare. Hos vissa etniska grupper röker hälften av männen men mycket få av kvinnorna.

Ny kunskap visar att bruket av tobak inte är följderna av ett fritt konsumtionsval, utan tobak är istället en drog med snabb tillvänjning. Nästan alla som börjat röka har gjort det innan de uppnått vuxen ålder. Tobaksbruk bör därför ses ur ett drogpolitiskt perspektiv och inte som vilken konsumtionsvana som helst. Ett sådant synsätt medför att tobaken måste bekämpas mer aktivt än som hittills har gjorts.

Snusbruket ökar hos både män och kvinnor. Blandbruk av cigaretter och snus är utbrett. Hälsoeffekterna av långvarigt snusande är otill-

räckligt utforskade. Det föreligger ett behov av att studera effekterna främst på hjärt-kärlsystemet, ämnesomsättningen (diabetes) samt vid graviditet och amning. Snusfrågan har aktualiserats inom EU och Sverige har ett ansvar att värdera snusets hälsoeffekter.

Arbetet mot tobak måste samtidigt vara integrerat med allt annat folkhälsoarbete, eftersom de stora skillnaderna i tobaksbruk i olika grupper av befolkningen visar att frågan om varför man röker är komplex. Det handlar om livsstilsmönster som har sin grund i sociala villkor och bara delvis om information om tobakens skaderisker. Att de som idag röker mest är de som har det svårast ekonomiskt, har kortast utbildning och i övrigt lever under förhållanden som är pressande för individen, understryker betydelsen av ett samordnat folkhälsoarbete. Det finns många riskfaktorer för ohälsa samlade hos vissa grupper av befolkningen, varav rökning är en viktig sådan.

Alla barn bör få en tobaksfri livsstart, eftersom man vet att nikotinet och andra ämnen från tobaken förs över till fostret. Det betyder att mödrahälsovårdens arbete med att informera och stödja gravida kvinnor som röker att sluta är synnerligen viktigt. Alla barn har rätt att växa upp i en rökfri miljö, eftersom den passiva rökningen är farlig. Samhället har ett särskilt ansvar för att skydda barn mot de skador som röken förorsakar. Att nå småbarnsföräldrar, framför allt genom barnhälsovården, så att barn aldrig utsätts för rök är mycket angeläget.

Skolans roll som förmedlare av information kring olika livsstilsrisker, som tobaksbruk, har betydelse. Idag fungerar inte den kunskapsförmedlingen tillfredsställande. Om informationen görs på fel sätt kan den istället motverka sitt syfte. Det är en utmaning för skolan att hitta metoder för att på ett respektfullt sätt möta ungdomarnas attityder och livssituation, samtidigt som kunskapen om tobakens risker måste förmedlas.

Omgivningens rökvanor och inställning till rökning har generellt stor betydelse för barns och ungdomars benägenhet att börja röka. Det gäller inställningen i hemmet, i skolan, i föreningsverksamhet och den offentliga miljön i stort. Om rökning uppfattas som ett självklart och accepterat inslag i vuxenvärlden, ökar risken att barn och ungdomar börjar röka. Lokaler för barn och ungdom och gemensamhetslokaler av skilda slag är idag rökfria till följd av lagstiftning. Caféer, restauranger och andra serveringslokaler utgör numera de enda allmänna lokaler där rökning tillåts. Dessa lokaler utgör också en av få platser där tobaksreklam är allmänt förekommande. Det är viktigt att fler stödjande miljöer skapas som bidrar till minskad rökning bland ungdomar. Att skapa helt rökfria miljöer inom vården och på skolor är en viktig signal till barn, ungdom och dem som är sjuka. Initiativ kan tas lokalt för att få allt fler miljöer helt rökfria.



Med ett drogpolitiskt synsätt på tobaken är det också ett ansvar för samhället att hjälpa dem som vill sluta röka. Olika former av rök-slutarstöd måste stödjas. Hälso- och sjukvården måste bli bättre på att hjälpa dem som vill sluta. Skolhälsovård och ungdomsmottagningar kan på olika sätt stödja ungdomar som vill sluta röka. Arbetsgivare kan verka för att de anställda får hjälp med att sluta röka om de vill. Metoder för rökavvänjning är flera. Det kan t.ex. ske genom rökslutar-grupper och subventionering av nikotinersättningsmedel.

Tobakens skadeverkningar kan minskas genom olika insatser. Det handlar om information och stöd till olika grupper, men också om lagstiftning och restriktioner för att förhindra tillgänglighet och skydda barn, ungdom och arbetstagare för att utsättas för risker.

Det har skett en tämligen snabb förändring av de allmänna attityderna gentemot tobak, i takt med att kunskapen om tobakens omfattande skadeverkningar har ökat. Idag är det – till skillnad mot för några år sedan – allmänt accepterat att offentliga miljöer och arbetsmiljöer är rökfria.

Internationellt sker nu alltmer samordnade insatser mot tobaken. Det sker genom ökad information till medborgarna, genom olika former av restriktioner och förbud men också genom kamp mot tobaksbolagen. I ingen annan fråga som har stor betydelse för befolkningens hälsa finns det så starka intressen som av vinstskäl motarbetar folkhälsoarbetet som i tobaksfrågan. Tobaksbolagen försöker nu få människor i tredje världen att börja röka. Tobaken har blivit ett av de största hoten mot hälsan i världen. WHO har inlett ett arbete för att få en internationell konvention kring tobaken. Allt fler länder satsar stora summor på omfattande informationskampanjer om tobakens skadeverkningar samtidigt som restriktioner för tillgänglighet införs. Inom EU pågår arbete med ett direktiv kring produktkontroll och märkning av tobaksvaror. Den svenska regeringen bör driva en restriktiv tobakspolitik inom EU.

I Sverige har skattepolitiken använts för att hålla tillbaka konsumtionen. Det finns ett mycket tydligt samband mellan skattenivå och konsumtion. Samtidigt finns en stor illegal marknad som man inte kan bortse från när man använder skatten som ett redskap för att minska konsumtionen. Nya införselregler kring tobak som beslutats av EU kommer att innebära att billiga tobaksvaror lättare kommer att finnas i Sverige. Det innebär att traditionella instrument som skatter och införselregler inte längre kan ha lika stor betydelse som medel för att minska konsumtionen.

Tobakslagen har skärpts successivt. Det är bl.a. förbjudet att sälja tobak till minderåriga. Idag förekommer sådan försäljning ändå. Oseriösa handlare säljer också smuggelcigaretter. För att kommunerna

lättare skall kunna ha kontroll över att tobaksförsäljningen sker enligt lagen anser kommittén att ett licenssystem behöver införas. Endast de butiker eller andra inrättningar som kommunen anser kan följa lagen skall ges licens att sälja tobak. Folkhälsoinstitutet och kommunerna föreslås bli tillsynsmyndigheter. Kommittén föreslår att dessa bestämmelser skall införas i tobakslagen. Mer utförliga motiveringar för detta anges i kap. 8.

Rökning i offentliga miljöer är enligt tobakslagen förbjuden. Arbetsgivarna är också skyldiga att tillse att ingen arbetstagare mot sin vilja tvingas andas in rök. I tobakslagen har undantag gjorts för caféer och restauranger. Det är också i dessa miljöer som människor upplever att de besväras mest av rök. Tobakslagen behöver skärpas på denna punkt och kommittén lämnar förslag om detta. Det finns ingen anledning att – med den kunskap som nu finns om den passiva rökningens skadlighet – acceptera att rök finns i miljöer dit allmänheten äger tillträde. Arbetstagarna i restaurangmiljö utsätts för sådana gifter i tobaksröken som är totalt förbjudna i andra arbetsmiljöer, bl.a. därför att de är cancerframkallande. Många människor med astma eller andra luftvägsbesvär har stora svårigheter eller måste helt avstå från att vistas i rökiga miljöer. Det är diskriminerande om offentlig miljö inte är tillgänglig för hela befolkningen.

Mot bakgrund av att tobaken är ett så allvarligt hot mot hälsan, att den är en av de stora orsakerna till skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och att det finns starka vinstintressen som aktivt vill bibehålla och öka tobaksbruket, krävs kraftfulla insatser från samhällets sida. Därför är det angeläget att skärpa tobakslagen. I kap. 8 motiveras detta mer utförligt. Det behöver utvecklas nya metoder för hur man skall kunna arbeta med preventiva åtgärder på bästa sätt. Det krävs också ett kontinuerligt arbete med utbildning och information, inte minst i samband med en skärpning av tobakslagen. Folkhälsoinstitutet bör utöver tillsynsrollen över tobakslagen också få regeringens uppdrag att genomföra utåtriktad information och samordna insatserna nationellt med den lokala nivån.

### **Särskilda målgrupper**

- Gravida och småbarnsföräldrar
- Barn och ungdomar
- Korttidsutbildade kvinnor
- Manliga invandrare

## **Aktörer och åtgärder**

### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Tobakslagen bör skärpas så att undantaget för restauranger och caféer tas bort.
- Tobakslagen bör skärpas genom att ett licenssystem införs för försäljning av tobak.
- Folkhälsoinstitutet bör bli statlig tillsynsmyndighet och kommunerna bli lokal tillsynsmyndighet.
- Folkhälsoinstitutet bör få ett särskilt regeringsuppdrag att bedriva information till allmänheten om tobakens skadeverkningar och samordna det nationella och lokala tobaksarbetet.
- Skatten bör användas som instrument för att hålla tillbaka försäljningen av tobak.
- Smuggling av cigaretter bör bekämpas.
- Socialstyrelsen alt. Folkhälsoinstitutet bör ha särskilda medel att ge till organisationer som bedriver tobakspreventivt arbete.
- Skolverket bör verka för att förbättra skolans ANT-undervisning (Alkohol, Narkotika, Tobak).
- Apoteket AB bör ges i uppdrag att tillhandahålla information om tobakens skadeverkningar till sina kunder.

### *Utmaningar till landstingen*

- Ökad satsning på mödra- och barnhälsovården kring tobakens skaderisker.
- Hälsa- och sjukvården ges större ansvar för rökslutarstöd.
- Se till att all hälso- och sjukvårdsverksamhet är helt rökfri.
- Integrera tobaksprevention med annat folkhälsoarbete.

### *Utmaningar till kommunerna*

- Förbättra informationen och undervisningen kring tobak i skolan.
- Se till att all barn-, ungdoms- och vårdverksamhet är helt rökfri.

*Utmaning till fackliga organisationer, invandrarorganisationer m.fl.*

- Satsa på rökslutarakiviteter för medlemmarna.

*Utmaning till arbetsgivare*

- Erbjud anställda olika former av rökslutarstöd.

## Mål 13

### Minskat skadligt alkoholbruk

- Minskad totalkonsumtion
- Punktnykterhet i samband med graviditet, väg- och sjötrafik, på arbetet och i idrotts- och motionssammanhang
- Minskat berusningsdrickande

En stor del av befolkningen uppfattar det som något lustfyllt att dricka alkoholdrycker. Det är för många förknippat med festlig eller avkopplande samvaro och god mat. Dryckesvanorna skiljer sig betydligt mellan olika kulturer. I Sverige har det varit vanligt med berusningsdrickande, med låg eller ingen konsumtion alls mellan berusningstillfällena. Vid förra sekelskiftet var alkoholmissbruket mycket utbrett. Nykterhetsrörelsens arbete och allt hårdare regleringar gjorde att missbruket minskade kraftigt under 1900-talets första hälft.

Svenskarnas alkoholvanor förändras i takt med den ökande internationaliseringen. Det mer måttliga drickandet i vardagssituationer har ökat. Samtidigt har andelen med regelbundet berusningsdrickande mer än fördubblats sedan 1960-talet. Kvinnor har under det senaste decenniet påtagligt ökat sin konsumtion. Under samma period har ungdomar i viss utsträckning ökat sin alkoholkonsumtion. Sverige har den lägsta registrerade försäljningen av alkohol inom EU-området. Alkoholskadorna ligger också på en låg nivå jämfört med andra EU-länder. Även med den oregistrerade konsumtionen inräknad har Sverige en mycket låg konsumtion jämfört med andra länder.

Alkoholen förorsakar stora folkhälsoproblem. Överkonsumtion av alkohol medför medicinska skador och sociala problem av stor omfattning. Alkoholen utgör en av de tunga faktorerna bakom våld, olyckor, sjukskrivningar, sjukhusvård och förtidspensioneringar. Antalet dödsfall som är direkt alkoholrelaterade är varje år mellan 5 000 till 6 000 personer. Dessutom är många av dödsfallen i trafiken i sin tur alkoholrelaterade. Alkohol har också en roll i självmord, skador och en rad sjukdomar, inte minst hjärt-kärlsjukdomar. Omkring 10 % av patienterna inom den slutna sjukhusvården lider av alkoholrelaterade sjukdomar. Alkohol har ett starkt samband med våldsbrott. Omkring 70 % av alla gärningsmän och ungefär 40 % av alla offer för polis-anmält våld är alkoholpåverkade. Vuxnas alkoholvanor har en direkt inverkan på barns liv. Mer än 100 000 barn beräknas växa upp i hem där minst en av föräldrarna har alkoholproblem. Uppskattningsvis föds

det varje år mellan 100 och 200 barn med skador orsakade av mödrarnas alkoholproblem.

Alkoholskador drabbar inte endast högkonsumenter, även om dessa löper högst individuell risk. Människor som genomsnittligt sett inte dricker så mycket alkohol att det skadar kroppen medicinskt, kan ändå drabbas av eller förorsaka andra människors skador vid berusningsdrickande eller vid tillfällen som kräver ett nyktert uppträdande. Alkoholskador är därför inte endast knutna till en liten grupp människor med svåra alkoholproblem. Mäns dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar är högre bland arbetare än tjänstemän, trots att konsumtionen är något högre i tjänstemannagrupperna. För kvinnor är dödligheten i levercirrhos högre bland lägre tjänstemän än bland arbetargrupper. Däremot är alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning högre hos kvinnor i arbetaryrken. Detta visar att det inte bara är konsumtionsnivån i genomsnitt som avgör alkoholskadorna. Det handlar också om dryckesvanor och den sociala situation som människor befinner sig i. De regionala skillnaderna i alkoholrelaterad dödlighet är stora.

Den svenska alkoholpolitiken har kännetecknats av befolkningsinriktade åtgärder som syftar till att begränsa tillgänglighet och efterfrågan på alkohol. Medlemskapet i EU medför bl.a. att införselkvoterna för öl, vin och sprit kommer att höjas kraftigt inom de närmaste åren. Stora skillnader i skattenivåer mellan närliggande EU-länder innebär ökad legal och illegal import. Dessutom krävs en harmonisering av skatterna så att inhemsk produktion inte gynnas. Till förändringarna hör även en ökning av "svartspriten", dvs. både hembränd sprit och illegal import.

EU-medlemskapet har förändrat det som tidigare utgjorde viktiga delar av alkoholpolitiken. Den anpassning som Sverige nu måste genomföra är inte oproblematiske. Vår låga alkoholkonsumtion jämfört med andra länder har sin bakgrund i vår historia och vår befolkningsinriktade politik. Olika EU-länder försöker nu med framgång få ned alkoholkonsumtionen i sina egna länder och ser med intresse på den svenska politiken. Samtidigt anpassar sig Sverige efter nya regler.

Det finns ett samband mellan den totala konsumtionsnivån i samhället och skadenivån. Om konsumtionen förändras, så förändras också skador och brottslighet enligt ett förutsägbart mönster. Det finns därför anledning att hysa stark oro för att alkoholskadorna skall bli fler genom att totalkonsumtionen sannolikt kommer att öka under de närmaste åren.

Sverige måste nu med nya medel försöka minska alkoholskadorna. En viktig del i informationsarbetet till olika grupper är att informationen är korrekt och vetenskapligt baserad. Intresset och förståelsen

för helnykterhet eller att endast dricka vid sällsynta tillfällen har minskat. Attityderna till alkohol är idag annorlunda än tidigare. Vissa forskningsresultat tyder på att en mycket måttlig alkoholkonsumtion, utan berusningsdrickande, inte har några negativa medicinska effekter för hälsan. Den information och de attitydskapande åtgärder som vidtas måste baseras på de förändrade förutsättningarna. Informationen måste utgå från de faktiska risker och risksituationer som finns med alkohol. Skolans förebyggande arbete kring alkohol är särskilt viktig och måste förbättras.

Berusningsdrickande är farligt ur många aspekter. Punktnykterhet måste upprätthållas i olika situationer, som vid graviditet, i väg- och sjötrafik, inom arbetslivet och i idrotts- och motionssammanhang. Kvinnor tål mindre mängder alkohol än män i genomsnitt. Uppväxttiden bör vara alkoholfri. Förutom att risken ökar för alkoholskador, kan andra skador och sociala problem uppstå genom att ungdomar använder alkohol. Det krävs en skärpt tillsyn av åldersgränser, ordning på restauranger, uppsökande verksamhet i riskmiljöer och en reducerad tillgång på ”svartsprit”. I detta arbete har kommunerna en viktig roll. Även länsstyrelserna har viktiga uppgifter genom tillsyn av alkoholfrågor. Tillsammans med landstingen medverkar de i länssamrådsgrupper för alkohol- och drogförebyggande arbete.

Mödrahälsovården och primärvården är viktiga aktörer i det alkoholförebyggande arbetet. Inom hälso- och sjukvården finns stora möjligheter att i tid tala med patienterna om en skadlig alkoholkonsumtion och hur det påverkar hälsan på olika sätt. Hälso- och sjukvården har också en roll i att upplysa allmänheten och inte bara de patienter som söker vård. Frivilliga organisationer kan stödja människor med alkoholproblem att sluta, de kan göra viktiga insatser för anhöriga och också bidra i informationsarbetet kring alkoholbruket.

Det svenska samhället står inför en stor utmaning att möta en större tillgång till alkoholdrycker. En ökad informationssatsning måste ske om alkoholens skadeverkningar och vad som är ett skadligt bruk av alkohol.

### **Särskilda målgrupper**

- Ungdomar
- Gravida
- Anhöriga till alkoholmissbrukare

## **Aktörer och åtgärder**

### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör ha en fortsatt stark kontroll av försäljningen av alkohol genom skatter, fortsatt monopol för Systembolaget och påverkan på EU.
- Staten bör skärpa kontrollen av svartspritsförsäljningen.
- Länsstyrelsen bör utveckla det preventiva samrådsarbetet med inriktning på alkohol och droger.
- Skolverket bör verka för förbättrad ANT-undervisning (Alkohol, Narkotika, Tobak).
- Folkhälsoinstitutet bör ge kunskapsunderlag om alkohol för olika aktörers information till allmänheten och till riskgrupper.
- Apoteket AB bör informera sina kunder om alkoholens påverkan på olika sjukdomar och vid medicinering.

### *Utmaning till landstingen*

- Förbättrad information kring alkoholens skadeverkningar vid möd-  
rahälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar och i sjukvården.

### *Utmaningar till kommunerna*

- Förbättra alkoholinformationen i skolorna.
- Ökad kontroll av ungdomsmiljöer med berusningsdrickande.
- Skärpt tillsyn av åldersgränser avseende servering och inköp av  
alkoholdrycker.
- Stöd till föreningar för missbrukare som vill hjälpa varandra att leva  
nyktert och till anhörigföreningar.
- Ge stöd till barn med missbrukande föräldrar.



## Mål 14

### Ett narkotikafritt samhälle

- Minskad tillgång till narkotika
- Minskat antal ungdomar som prövar och använder narkotika

Under 1990- talet har det kunnat konstateras en uppgång av narkotikamissbruket. Tillgången till narkotika har troligen aldrig varit större än den är idag. Denna uppgång är inte unik för Sverige, utan del av en internationell trend med en mer liberal syn på narkotika och en ökad rörlighet över gränserna. Det svenska drogmissbruket är i förhållande till andra europeiska länder begränsat.

Vid en jämförelse med de folkhälsoproblem som alkoholmissbruket orsakar befinner sig narkotikaproblemen på en lägre nivå. Däremot får missbruket så allvarliga konsekvenser för enskilda människor, och är dessutom i starkt ökande, att det måste betraktas som en folkhälsofråga och inte enbart ses ur ett kriminal- och socialpolitiskt perspektiv. Narkotikamissbrukare har en väsentligt högre sjuklighet och dödlighet än resten av befolkningen.

Män dominerar bland personer som har drogerfarenhet. Däremot finns inga påtagliga skillnader mellan pojkar och flickor i åk 9. Personer med tidig och uttalad social problematik är överrepresenterade bland de tyngre missbrukarna. Skolelever som använt narkotika uppger i högre grad än andra elever att de trivs dåligt i skolan och att de skolkar mer än andra. Mönstringsundersökningar visar att ungdomar med invandrabakgrund oftare prövar narkotika. De ungdomar som saknar högre utbildning än grundskola har betydligt högre narkotikaerfarenhet än andra. Ungdomar med avancerat bruk av narkotika har i högre grad än andra ungdomar psykosociala problem. Det etablerade missbruket är vanligast förekommande i de tre storstadsregionerna.

Under 1990-talet har droganvändningen tredubblats bland personer som mönstrar till militärtjänstgöring. Även bland skolungdomar i årskurs 9 har man kunnat konstatera en kraftig ökning av antalet elever som prövat narkotika. Sedan 1980-talet har man även kunnat konstatera en markant ökning av den narkotikarelaterade dödligheten.

En bidragande orsak till det ökade narkotikamissbruket bland ungdomar är den drogliberala ungdomskultur som rått under 1990-talet. Denna ungdomskultur innebär ett ifrågasättande av den hotbild som vuxenvärlden utmålar. Den försämrade samhällsekonomin under 1990-talet med ökad ungdomsarbetslöshet och minskad tillgång till stödjande

miljöer för ungdomar, kan även ha bidragit till ett ökat narkotikamissbruk.

Den drog som kanske mest har förknippats med den drogliberala ungdomskulturen är ecstasy. Ecstasy och andra liknande syntetiska droger är främst förekommande hos ungdomar som kommer från relativt goda socioekonomiska förhållanden. Det rapporteras också om en ökning av missbruk av rökheroin bland socioekonomiskt svaga grupper i utsatta bostadsområden. Framför allt kan ökningen av narkotikamissbruk bland ungdomar från utsatta förhållanden leda till en ökning av antalet utslagna personer i framtiden.

En ny oroande tendens är missbruket av GHB, en billig drog som blev narkotikaklassad i februari år 2000. Den är mycket farlig och blir än farligare i kombination med alkohol eller andra medel. GHB är ett exempel på en drogutveckling med andra produkter än tidigare. Det är en utveckling som kräver skärpt uppmärksamhet.

Den svenska narkotikapolitiken har varit inriktad på att begränsa tillgången till narkotika och att minska efterfrågan. Detta har inneburit att de narkotikapolitiska åtgärderna har fokuserats på kontrollåtgärder, internationellt samarbete, förebyggande åtgärder och vård. Detta arbete måste fortsätta.

För att minska narkotikamissbruket bland ungdomar måste det förebyggande arbetet förstärkas. Det är betydelsefullt att man hittar goda metoder som får ungdomar att inse farorna med narkotikamissbruk. Skolverkets undersökning av ANT-undervisningen visar att den har flera brister. Det är av stor vikt att denna undervisning förstärks.

Arbetet för att begränsa tillgången till narkotika måste ske på olika arenor. Det internationella samarbetet för att bekämpa narkotika har intensifierats genom EU. Den drogliberala trend som idag existerar bland ungdomar är internationellt influerad. Detta visar att det är mycket svårt att bekämpa narkotika enbart med nationella medel. Det är därför angeläget att den svenska staten tillsammans med andra länder bekämpar den pågående attitydförskjutningen och tillgången på narkotika.

Kommittén instämmer i förslag (SOU 2000:57) om att Folkhälsoinstitutet bör ha en övergripande tillsynsroll med avseende på lagbestämmelser om förebyggande insatser inom narkotikaområdet. I denna tillsynsuppgift bör också ingå ett tydligt informationsansvar och ansvar för utveckling av metoder för att förebygga narkotikaanvändning hos ungdomar.

För att effektivt kunna begränsa tillgången till narkotika är det nödvändigt att det finns ett väl utvecklat samarbete och samspel mellan olika sektorer, nivåer och aktörer i samhället. Narkotikakommissionen

(Dir. 1998:18) kommer att redovisa förslag om detta före utgången av år 2000.

### **Särskilda målgrupper**

- Ungdomar

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Staten bör intensifiera sina ansträngningar att bekämpa narkotikamissbruk inom ramen för EU-samarbetet.
- Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag att tillhandahålla saklig information vad gäller skadeverkningar hos olika narkotiska preparat.
- Folkhälsoinstitutet bör utveckla metoder för förebyggande av narkotikamissbruk.
- Skolverket bör verka för att förbättra skolans ANT-undervisning (Alkohol, Narkotika, Tobak).

#### *Utmaning till kommunerna*

- Förbättra och utveckla narkotikaundervisningen i skolan.

#### *Utmaning till frivilligorganisationerna*

- Bekämpa de drogliberala attityderna.

## Mål 15

### En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård

- Effektivare sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individ-, grupp- och befolkningsnivå
- Ökad samverkan för en jämlik hälsoutveckling i befolkningen
- Utvecklade metoder och strategier för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

Hälso- och sjukvårdens insatser för folkhälsan utgår från det behandlande, det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande perspektivet och är delar i en helhet. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skall vara en uppgift för hela hälso- och sjukvården och en självklar del i all behandling.

Nya förväntningar ställs på hälso- och sjukvården genom förändringar i sjukdomsmönster, behandlingsmöjligheter och krav på kostnadseffektivitet. För att kunna möta den utvecklingen måste hälso- och sjukvården se hela människan och hennes livsvillkor och inte bara olika sjukdomar. Man måste kunna ta tillvara både de individorienterade och de befolkningsinriktade möjligheterna och integrera de nya förutsättningar som en allt större andel av privat och kommunal vård representerar inom hälso- och sjukvården. Kravet skärps vid en samhällsutveckling med allt större skillnader i levnadsvillkor.

Historiskt har stora hälsovinster gjorts genom samverkan mellan det medicinska kunnandet med inriktning på allmän hälsovård och sjukvård och välfärdsutvecklingen i stort i samhället. Vårt lands låga mödra- och spädbarnsdödlighet, den låga dödligheten i barnolycksfall eller den minskade dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har inte tillkommit av en slump. Medvetna förebyggande insatser i samverkan med andra aktörer och en decentraliserad hälso- och sjukvård som kommit alla till del, är viktiga faktorer som bidragit till den positiva utvecklingen.

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

Hälso- och sjukvårdens primära uppdrag är att tillgodose patientens behov av sjukvård. Om det uppdraget inte kan fullgöras så förlorar också hälso- och sjukvården sin trovärdighet och legitimitet i sitt förebyggande arbete. Ur ett folkhälsoperspektiv finns inget motsatsförhållande mellan det behandlande och det förebyggande. Vid varje

vårdtillfälle skall en människosyn och ett hälsoorienterat förhållnings-sätt tillämpas som hjälper den som redan är sjuk att bibehålla och stärka sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och att förstärka det friska hos individen.

Hälso- och sjukvården har genom sin breda kontaktyta speciella förutsättningar att nå grupper som är särskilt sårbara i hälsoavseende. Det sker genom en vård som är lokalt närvarande, öppen för alla på lika villkor och som genom sin struktur kan ”nå alla individuellt”. Den har unika förutsättningar att möta individen under olika skeden i livet och bidra till att främja hälsan genom t.ex. ungdomsmottagningar, mödrahälsovård, barnhälsovård, skolhälsovård eller genom att inbjuda till hälsosamtal, vaccinationer eller samtal kring speciella hälsoproblem som delvis förorsakas av levnadsvanor. Man kan också genom tidig upptäckt förhindra insjuknande i folksjukdomar som t.ex. hjärtinfarkt och vissa cancerformer. Att förstärka i första hand den primära vårdnivån är angeläget från folkhälsosynpunkt.

För att förstå betydelsen av hälso- och sjukvårdens möjligheter att främja hälsa i befolkningen i stort – och inte bara hos sina patienter – är kunskap om den preventiva paradoxen viktig. De som är särskilt utsatta för risker att t.ex. få en hjärt-kärlsjukdom är de som har högt blodtryck. Människor med högt blodtryck uppsöker oftast vården och får behandling. Om hälso- och sjukvården endast riktar in sina ansträngningar på att tala om betydelsen av förändringar av levnadsvanor hos den patientgruppen, så kommer man att missa de allra flesta människor som senare får hjärt-kärlsjukdomar. Orsaken är att de som endast har ett måttligt förhöjt blodtryck är många fler än de som har ett högt, och det är ur den stora gruppen det antalsmässigt kommer att bli flest patienter. Ur ett befolkningsperspektiv räcker det därför inte om hälso- och sjukvården endast når den grupp som aktivt söker som patienter med råd om förebyggande insatser. Denna preventiva paradox visar tydligt på den möjlighet som finns till hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvårdens ram.

Idag tillvaratas inte de preventiva möjligheter som finns på ett tillräckligt sätt. Hälso- och sjukvården kan i större utsträckning använda sin auktoritet, sin kunskap och kontaktyta för att främja hälsa i kontakt med patienter, anhöriga och allmänheten. Det kan t.ex. ske genom aktivare information om livstilsrisker som kan leda till sjukdom, deltagande i samhällsdebatten eller genom registrering av skador för att skademiljöer lättare skall kunna åtgärdas.

Det finns inom hälso- och sjukvården en osäkerhet och en bristande kunskap om vilka preventiva metoder som kan användas för att möta livstilssjukdomar. En viktig förklaring är att utvecklingen av nya preventiva modeller och läkemedelsfria metoder under lång tid har för-

summats av vetenskapssamhället. Denna obalans i metodutveckling kan vara en delförklaring till att läkemedelskostnaderna nu stiger snabbt.

Primärvården, liksom de mer specialiserade sjukhusen, kan genom en skärpt uppmärksamhet identifiera patienter med psykiska problem tidigare än som sker idag. En förutsättning för att självmordsprevention skall fungera är att olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården blir vaksamma på tidiga signaler. Den kunskap som nu finns om sambandet mellan kropp och psyke och om hur olika sjukdomstillstånd kan påverkas av detta, borde i betydligt högre grad präglade hälso- och sjukvårdens arbete än idag.

En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär en förskjutning i synen på vilka kunskaper som behövs. Vården måste fördjupa sin kunskap om de komplexa samband som finns om människors egenupplevda hälsa. En bättre egenupplevd hälsa bidrar till mindre sjukdom. Det handlar om positiva synergieffekter. Den kunskapen har en särskild betydelse för att förstå sambanden mellan psykisk ohälsa och fysisk ohälsa. Kunskapen om sociala nätverks betydelse för möjligheten att bevara hälsan eller att tillfriskna efter sjukdom är idag vetenskapligt belagd. Om hälso- och sjukvården på ett bättre sätt än idag stödjer anhöriga och förmedlar kontakter mellan olika patienter eller grupper så kan det påverka hälsan positivt.

I ett internationellt perspektiv är smittsamma sjukdomar och infektioner ett stort hot mot människors hälsa. Hälsoutvecklingen i vårt eget land har inneburit att det för närvarande finns en god kontroll över smittsamma sjukdomar. Vaccinationer har införts och infektioner kan framgångsrikt bekämpas med läkemedel. Arbetet mot hiv har under de senaste decennierna varit framgångsrikt i Sverige. Det finns dock all anledning att ständigt vara vaksam mot risker för smittsamma sjukdomar, inte minst mot bakgrund av att det i vår närmaste omvärld förekommer spridning av hiv och tuberkulos av en helt annan omfattning än här. Möjligheten att bekämpa infektioner är också beroende av att bakterier inte blir resistenta mot antibiotika. Ett framgångsrikt smittskydd förutsätter ett samhälle där människors levnadsvillkor är goda och att en allmän kunskap finns hos befolkningen om hur man kan undvika smitta. Smittskyddsverksamheten måste därför ske i samråd mellan olika parter i samhället. Hälso- och sjukvårdens roll att i det här fallet främja hälsa och förebygga sjukdom är stor.

Tandvården är en del av det svenska vårdssystemet som har varit mycket lyckosam i sitt preventiva arbete. Tandhälsan har förbättrats mycket påtagligt sedan 1970-talet. Det finns några tydliga utvecklingstendenser kring tandhälsan. Skillnaderna i tandstatus är alltmer en fråga om utbildningsnivå, arbetslöshet, socialbidragsberoende och etnisk

tillhörighet. Det betyder att dålig tandstatus följer samma sociala fördelning som ohälsan i övrigt. Den andra utvecklingstendensen är att allt fler äldre behöver omfattande tandvård, eftersom de i stor utsträckning behåller sina egna tänder. Rökare får i betydligt större omfattning än andra tandlossning. Vissa sjukdomar medför genom medicinerings en sämre tandstatus. En del funktionshindrade och vissa äldre har svårt rent praktiskt att sköta sina tänder. En god munhälsa påverkar även kroppens övriga funktioner. Tandvården och dess goda kunskap i preventionsarbete är en viktig del av hälso- och sjukvårdsarbetet.

Läkemedelsförskrivningen inom hälso- och sjukvården bör uppmärksammas i det hälsofrämjande arbetet. Det föreligger ett läkemedelsmissbruk hos en del patienter. De har blivit beroende av olika former av psykofarmaka och skulle bli friskare om de kunde sluta med vissa läkemedel. Dessutom förekommer det en annan form av läkemedelsmissbruk som särskilt gamla människor utsätts för. De får i vissa fall många olika läkemedel förskrivna som sammantaget påverkar hälsan negativt. En tydligare hälsoorientering av hälso- och sjukvården kan bidra med kunskaper som gör att felaktiga förskrivningar undviks och andra insatser sätts in istället. Behovet av ett personnummerbaserat läkemedelsregister bör prövas. Det skulle underlätta möjligheten att korrekt värdera läkemedels effektivitet, säkerhet och risker vid rutinmässig förskrivning.

För människor med olika funktionsnedsättningar kan kontakten med hälso- och sjukvården vara svår, därför att personalen brister i kunskap om hur man bemöter människor med olika funktionshinder. Det finns en risk för att hälso- och sjukvårdens ovana att tolka personer med t.ex. utvecklingsstörning, psykiska funktionshinder, autism, talsvårigheter, hörselnedsättning eller dövhet innebär att sjukdomar inte upptäcks i tid. Vissa funktionshinder påverkar också andra medicinska åkommor som gör att symptomen kan te sig annorlunda än de brukar. Hälso- och sjukvårdens roll för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos olika grupper av funktionshindrade förutsätter därför att personalen får mer kunskap och att man lyssnar på vad patienten har att säga utifrån sin erfarenhet och kunskap. Det handlar också om att den fysiska tillgängligheten till vissa undersökningar måste fungera.

Bemötandet inom hälso- och sjukvården är viktigt för att alla människor skall känna sig trygga och bli lyssnade till. Människor som har dåliga kunskaper i svenska eller har en annan kulturbakgrund måste uppmärksammas. Homo- och bisexuella känner sig ibland utsatta på olika sätt. Lesbiska kvinnor kan ha svårt att besöka gynekologiska mottagningar. Det är en avgörande fråga för att hälso- och sjukvården

skall kunna fungera hälsofrämjande att man kan bemöta olika människor på deras egna villkor.

En stor del av hälso- och sjukvården bedrivs idag inom kommunerna. Ett hälsofrämjande arbetssätt bör stimuleras i samarbete med andra kommunala aktörer. Det finns både mänskliga och ekonomiska vinster att hämta genom ett sådant arbetssätt.

Inom hälso- och sjukvården tillämpas olika former av beställar- och utförarmodeller. Oavsett modell för beställning och beslutsfattande behöver sjukvårdshuvudmännen utveckla metoder för hur hälsofrämjande arbete skall kunna beställas och också utvärderas. Det är en utmaning för den framtida hälso- och sjukvården att möjliggöra och belöna ett hälsofrämjande arbetssätt som ges på lika villkor till alla invånare oavsett i vilken regi den bedrivs.

De uppdrag som finns i WHO:s Hälsa 21 kan aktivt stödja omorienteringen av hälso- och sjukvården, precis som de hälsofrämjande sjukhus som initierats av WHO. Avsikten med hälsofrämjande sjukhus är att förebyggande insatser, sjukdomsbehandling och rehabilitering skall ses i ett hälsoperspektiv. Idag finns 15 sådana sjukhus i Sverige.

Hälso- och sjukvården skall stödja hälsofrämjande och förebyggande insatser på individ-, grupp- och befolkningsnivå. Det innebär att hälso- och sjukvården effektivt skall behandla sjukdom, rehabilitera efter sjukdomsperiod, men också hos den kroniskt sjuka stödja individens möjligheter att leva ett bra liv. Preventiva insatser skall naturligt integreras i vårdkedjan. Det är viktigt att hälso- och sjukvården ger stöd till individer och grupper med ökad sårbarhet för sjukdom eller ohälsa, dvs. personer som lever med riskfaktorer för sjukdom eller med bristande psykosociala resurser. Det är på motsvarande sätt angeläget att hälso- och sjukvården medverkar i det befolkningsinriktade arbetet för att minska hälsorisker och ge kunskapsmässigt stöd m.m. till andra aktörer.

Hälso- och sjukvården skall stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen. Det betyder att sektorn skall bidra med kunskap om sjukdomars och hälsans bestämningsfaktorer, dess fördelning och hur de kan påverkas, samt aktivt delta i det egna lokalsamhällets, regionens eller nationens insatser för att påverka grundläggande orsaker till sjukdom och ohälsa.

Hälso- och sjukvården skall utveckla metoder och strategier för att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. Genom en målorientering av verksamheten skall det ges ökade förutsättningar för prioritering, samordning och effektivisering. Som arbetsgivare skall hälso- och sjukvården främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen. Det är viktigt i sig men också för hälso- och sjukvårdens legitimitet i relation till patienter och anhöriga.



För att främja metodutvecklingen kring det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet bör regionala centra byggas upp. I västvärlden investeras årligen mångmiljardbelopp på att utveckla nya läkemedel för att påverka livstilsrelaterade hälsoproblem. Insatserna för icke medikamentell behandling och modern metodutveckling för att möta livstilsjukdomar är mycket blygsamma jämfört med det utvecklingsarbete som bedrivs kring andra behandlingsformer. En av anledningarna är att det finns en kommersiell potential kring det arbetet medan det saknas likartade drivkrafter på preventionsområdet. Det får till följd kostnadsdrivande effekter för hälso- och sjukvården.

I nuläget innebär den bristande metodutvecklingen kring andra behandlingsformer än läkemedel av livstilsrelaterade problem att den preventiva potential som finns i praktiskt taget varje möte mellan patient och vård underutnyttjas. I takt med att kunskapen om våra geners inverkan på sårbarhet för olika sjukdomar och olika livstilsrisker ökar, så kommer hälso- och sjukvården att ställas inför helt nya utmaningar att verka preventivt i mötet med varje enskild patient.

Patienträttigheter ger idag patienten rätt att välja mellan olika behandlingsformer när man väl insjuknat, men man kan sällan välja ett alternativ som förebygger att man blir sjuk. En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård bör öka förutsättningarna för detta. Sjukförsäkringen ger vissa möjligheter till ersättning vid förebyggande insatser. I dagsläget kan försäkringskassan betala sjukpenning i förebyggande syfte, men inte köpa behandlingar, t.ex. rökavvänjning, viktreduktion eller terapi. Förbättrade möjligheter att använda sjukförsäkringen i förebyggande syfte skulle kunna bidra till att förhindra att sjukdom uppstår.

Det ligger i många parters intresse att bidra till en förnyelse och utveckling av icke medikamentell behandling av livstilsrelaterad ohälsa. Vår bedömning är att det behövs sex regionala centra för metodutveckling. De bör ha nära anknytning till det vardagliga vårdarbetet, till universitetens folkhälsovetenskapliga och socialmedicinska institutioner och till det praktiska folkhälsoarbetet. Huvudmannskapet för resp. centra bör kunna delas mellan sjukvårdshuvudmannen och den samarbetande forskningsinstitutionen. Varje centra bör fokusera på ett profilområde och ingå som en del i en samlad nationell resurs.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om att hälso- och sjukvården har ansvar för att förebygga sjukdom och skada och att verka för en god hälsa i hela befolkningen. Bestämmelserna har ofta tolkats som att hälso- och sjukvården har ett ansvar för förebyggande insatser riktade mot enskilda personer men inte i lika hög grad för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter i ett vidare

perspektiv. Kommittén kan inte finna något stöd för en sådan tolkning i lagen och bedömer därför att lagen inte behöver ändras.

### **Särskilda målgrupper**

- Barn och ungdom
- Äldre
- Individer eller grupper med ökad sårbarhet för sjukdom eller ohälsa

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Socialstyrelsen bör i sina uppföljningar inkludera förebyggande arbete.
- Folkhälsoinstitutet bör bevaka metodutveckling när det gäller prevention och sammanställa kunskaper.
- Sjukförsäkringen bör ges större möjligheter att användas i preventivt syfte.

#### *Utmaningar till staten och landstingen*

- Bygg upp sex regionala centra för icke medikamentella metoder.
- Frågan om ett personnummerbaserat läkemedelsregister bör prövas.

#### *Utmaningar till landsting och kommuner*

- Utveckla metoder för att mäta hälsovinster.
- Identifiera hälsoeffekter av ojämlikhet och förmedla kunskapen till samhället i övrigt.
- Gör särskilda insatser för att förbättra den psykiska hälsan.
- Stimulera en aktivare information om livstilsrisker som kan leda till sjukdom och om alternativ till medicinering.
- Uppmärksamma behovet av stöd till olika patientgrupper och anhöriga.
- Förbättra bemötandet av olika patientgrupper.

- Följ upp hälso- och sjukvårdens arbete med avseende på preventiva insatser och hälsofrämjande orientering.
- Arbeta hälsofrämjande i rollen som arbetsgivare.

*Utmaning till arbetsgivare*

- Stöd företagshälsovården i att följa arbetsrelaterad ohälsa.

## Mål 16

### Ett samordnat folkhälsoarbete

- Hälsoplansansvar hos kommuner och landsting
- Utveckling av samordnade sektorsstrategier inom folkhälsoområdet på nationell nivå genom ansvariga myndigheter
- Samordning av folkhälsofrågorna i regeringskansliet
- Redovisning av den nationella folkhälsopolitiken i en återkommande folkhälsopolitisk skrivelse till riksdagen

De nationella folkhälsomålen är avsedda att vara hela nationens mål. En god hälsa på lika villkor kan nås genom att många aktörer inom sina resp. områden och i samverkan arbetar för att förbättra folkhälsan. För detta behövs goda förutsättningar genom en samlad strategi. Roller och ansvar behöver tydliggöras. Kompetensen behöver höjas. Styrningen och samordningen behöver specificeras och mål och metoder följas upp och utvärderas för att insatserna successivt skall kunna bli allt bättre.

#### *Hälsoplaneringsansvar hos kommuner och landsting*

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

På motsvarande sätt är det viktigt att företrädare för landstingen och regionerna utvecklar hälso- och sjukvårdens ansvar och uppgifter inom ramen för en samlad folkhälsopolitik. Som för kommunerna är det angeläget med ett tydligt politiskt och administrativt ansvar för folkhälsofrågorna, god kompetens och att samverka med andra offentliga organ, organisationer m.fl. utvecklas. Konkret är det folkhälsopolitiskt viktigt att utveckla bl.a. de samhällsmedicinska funktionerna och att få till stånd en hälsoorientering i hälso- och sjukvårdsarbetet som helhet.

Kommitténs förslag när det gäller hälso- och sjukvården redovisas utförligt under mål 15.

För att markera folkhälsofrågornas vikt och politiska legitimitet i kommuner och landsting samt för att stimulera till successiv utveckling av folkhälsoarbetet föreslår Nationella folkhälsokommittén en särskild folkhälsolag, där kommuner och landsting ges ansvar för att göra hälsoplaner och samverka. I dansk lagstiftning finns krav på liknande planer, där kommuner och landsting skall samverka för att förebygga ohälsa.

Hälsoplaner innebär att utforma och anta mål, program och åtgärder för att inom huvudmännens resp. verksamheter påverka förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor. I sådana hälsoplaner kan ingå hälsokonsekvensbedömningar, välfärdsbokslut, hälsobudgetar etc. I lagförslaget anges att kommuner och landsting skall samverka med varandra och andra när planen upprättas och att myndighet som regeringen utser skall kunna få uppgifter om fullgörandet av uppgifterna enligt lagen.

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

Kommittén är medveten om att lagstiftning bara är ett av flera sätt att få till stånd en önskvärd hälsoplanering hos huvudmännen och samverkan mellan dem. En alternativ möjlighet är att folkhälsoaspekterna i resp. verksamheter utvecklas successivt inom ramen för överenskommelser mellan huvudmännen. När kommittén ändå lägger ett lagförslag som ett förstahandsalternativ är det för att vi bedömer att en lagreglering behövs för att markera folkhälsofrågornas vikt. Även inom ramen för folkhälsolagen antar kommittén att dessa frågor kommer att utvecklas successivt.

*Tillägg om hälsa i socialtjänstlagen*

Kommittén föreslår ett tillägg i 5 § socialtjänstlagen med innebörden att det bör höra till socialnämndens uppgifter att främja förutsättningarna för hälsa. Denna uppgift ligger nära uppgiften som socialnämnden redan har att främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden.

Såväl hänsynen till hälsa som till goda levnadsförhållanden ingår på ett naturligt sätt i socialnämndens roll. De bestämningsfaktorer som kan påverkas och uppmärksammas genom socialtjänstens verksamhet är flera. Det gäller bl.a. människors ekonomiska villkor, effekter av boendesegregation och förekomst av sociala nätverk och socialt stöd i de miljöer där olika grupper befinner sig.

Kommittén framhåller att tillgång till grönområden nära bostaden för rekreation är angeläget. Socialtjänsten kan medverka till detta genom sitt deltagande i samhällsplaneringen. Socialtjänsten kan också medverka till att äldre och funktionshindrade som har service och omsorg genom socialtjänsten för komma ut varje dag så att de får dagsljus och luft. Det främjar deras hälsa. Ett annat exempel på hälsofrämjande insatser från socialtjänstens sida är att stimulera en god mathållning. För vissa äldre är det angeläget från hälsosynpunkt att de får sin mat tillagad hemma.

Andra hälsofrämjande åtgärder från socialtjänstens sida är att identifiera och göra insatser i miljöer som präglas av uppenbara riskfaktorer, som t.ex. miljöer där alkohol, tobak eller andra droger förekommer bland barn och unga.

*Utredning av samhällsmedicinska funktioner på regional nivå*

Samverkan mellan kommuner och landsting är angelägen också av kompetensskäl. Flertalet kommuner har inte möjlighet att etablera en lokal folkhälsovetenskaplig kompetens med den bredd och analyskapacitet som behövs. Kunskapen om samband mellan exponeringar för hälsorisker och hälsoutfall samt om olika metoders effektivitet är oftast av generell natur. Effektivt folkhälsoarbete måste ofta angripa flera orsaker och led i orsakskedjan samtidigt.

Denna typ av kompetens har många landsting samlat i samhällsmedicinska enheter. Aktuella kartläggningar av bemanning och kompetens i dessa verksamheter talar för att flertalet landsting för närvarande inte har en tillräckligt bred och djup kompetens inom området. Utformningen av de samhällsmedicinska verksamheterna är högst varierande. Framförallt på regionnivå och i anslutning till folkhälso-

vetenskapliga universitetsinstitutioner har det gått att etablera en mera stabil verksamhet med den breda inriktning som behövs. I några landsting saknas helt en sammanhållande samhällsmedicinsk funktion.

Frågan om landstingens samhällsmedicinska funktioner har ytterligare aktualiserats i takt med att sjukvårdsreformer med olika beställar-/utförarmodeller prövas. Det gör det allt viktigare att beställarfunktionen i vården kan analysera sjukvårdsbehoven på ett kvalificerat sätt i den befolkning som den ansvarar för. Denna kompetens är till stora delar lik den som krävs för att bedriva ett kvalificerat folkhälsoarbete. En samordning av dessa funktioner kan därmed vara rationell. Denna fråga berörs också under mål 15. I och med att efterfrågan på kvalificerad epidemiologisk och hälsoekonomisk expertis vida överstiger utbudet för ett antal år framöver kan det finnas skäl att överväga om inte i första hand en samordning inom ramen för de nuvarande sex sjukvårdsregionerna är att föredra. Kommittén föreslår att en regional samordning av samhällsmedicinska funktioner diskuteras mellan staten och sjukvårdshuvudmännen och att frågan utreds i särskild ordning.

#### *Sektorsstrategier på myndighetsnivån för de nationella målen*

Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har nyligen lämnat förslag om samverkan och ansvar på den nationella nivån (SOU 2000:57). Den anser att institutets huvuduppgifter bör vara att ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt att vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Folkhälsoinstitutets huvudsakliga avnämare bör vara regeringen, andra statliga myndigheter samt kommuner och landsting. Nationella folkhälsokommittén ställer sig bakom den föreslagna inriktningen för Folkhälsoinstitutets verksamhet.

En sektorsövergripande uppföljning och utvärdering utgår från förutsättningen att de statliga myndigheterna i lämplig utsträckning har sektorsansvar för uppgifter som Nationella folkhälsokommittén anger. Vår bedömning är att de nationella folkhälsomålen huvudsakliga inriktning på bestämningsfaktorer för folkhälsan, ger förutsättningar för ett tydligt sektorsansvar på alla samhällsnivåer, i likhet med vad som gäller för de nationella miljömålen. Kommittén har ställt frågor till 32 myndigheter om deras roller och ansvar inom folkhälsoområdet (underlagsrapport nr 19). Studien visar att ett stort antal myndigheter har direkta eller indirekta beröringspunkter med folkhälsofrågorna, men att kopplingen mellan uppgifter som myndigheterna har och hälsoeffekter-

na av dessa verksamheter behöver fokuseras och vidareutvecklas i många fall.

Det är mot den bakgrunden angeläget att strategier utvecklas inom resp. sektor med inriktning på bestämningsfaktorerna. Att idag – innan sådana strategier har utvecklats – ange exakt vilken myndighet som skall ansvara för vad är inte meningsfullt. Istället bör en successiv prövning ske av frågan mot bakgrund av den ansvarsfördelning som gäller för närvarande, kompletterad med Organisationskommitténs förslag beträffande myndighetsansvaret för alkohol-, tobaks- och narkotikaprevention. De myndigheter som Nationella folkhälsokommittén angett som lämpliga aktörer för fullföljande av målen har lyfts fram mot bakgrund av den ansvarsfördelning som idag råder.

I den fortsatta prövningen av ansvarsfördelningen är det angeläget att såväl de nationella myndigheternas som de regionala och lokala myndigheternas möjligheter att främja hälsa och förebygga sjukdom beaktas. På regional nivå finns t.ex. Länsstyrelsen som har tillsynsansvar inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt det sociala området inkl. alkoholfrågor. På regional och lokal nivå finns t.ex. försäkringskassan, arbetsförmedlingen, polisen och Vägverket som alla är viktiga aktörer för folkhälsan i sina egna verksamheter och också i sitt samspel med kommuner och landsting m.fl. på den lokala och regionala nivån.

### *Styrning och samordning*

Det är angeläget att folkhälsofrågorna får en effektiv politisk samordning på nationell nivå. I Storbritannien finns t.ex. sedan år 1997 en särskild minister för folkhälsofrågor. Folkhälsofrågorna är sektorsövergripande och det finns stora likheter med miljöfrågornas 'horisontella natur'. Det finns därför skäl att regeringskansliet samordnar arbetet med folkhälsofrågorna så att det kan ske en sektorsövergripande politisk styrning av verksamheten.

Mellan de statliga myndigheterna behövs ett väl fungerande samarbete. Här kan den redan etablerade generaldirektörsgruppen för folkhälsofrågor som leds av Folkhälsoinstitutet utgöra en grund för att vidareutveckla samarbetet på ledningsnivå och för att ta fram sektorsstrategier med inriktning på kommitténs olika mål.

Organisationskommittén för ombildning av Folkhälsoinstitutet föreslår att en sorts motsvarighet till generaldirektörsgruppen inrättas mellan institutet och företrädare från kommuner och landsting. En sådan grupp kan få en strategiskt viktig roll när det gäller att få genomslag för de nationella folkhälsomålen i landsting och kommuner – och omvänt att behoven av strategi-, kunskaps- och metodstöd



artikuleras på ett samlat sätt från regionala och lokala företrädare. Nationella folkhälsokommittén ställer sig bakom en sådan lösning.

När det gäller olika former för stöd till frivilliga organisationer är det viktigt att vidmakthålla föreningslivets integritet, genom att inte från offentliga organ styra verksamheten i en bestämd riktning. Den idéburna verksamhet som bedrivs av frivilliga organisationer har ett värde i sig och är en bas för det sociala kittet i samhället. I vissa sammanhang kan det dock vara ett effektivt sätt att träffa överenskommelser med frivilliga organisationer som vill göra riktade folkhälsoinsatser. Det är viktigt att dessa två synsätt inte ställs mot varandra. Tendensen har alltmer gått mot en minskning av generella organisationsbidrag och en ökad användning av frivilliga organisationer som 'entreprenörer' genom olika former av projektstöd. På sikt kan en sådan utveckling leda till en urholkning av det fria föreningslivet och att dess sociala betydelse försvinner. I genomförandet av de nationella folkhälsomålen är det viktigt att denna balans beaktas i det framtida samarbetet mellan offentliga institutioner och det fria föreningslivet.

### *Utbildning*

För att få genomslag för den nationella folkhälsostrategin är kompetensutveckling bland redan yrkesverksamma avgörande. Det finns skäl att göra en omfattande utbildningssatsning under en tre-femårsperiod. Kommittén bedömer att ca 3 500 personer i departement, myndigheter, landsting/regioner och kommuner bör ha en grundläggande folkhälsovetenskaplig utbildning motsvarande 5–10 högskolepoäng.

Innehållet bör vara skräddarsytt och ta sin utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen tillsammans med det aktuella kunskapsläget vad avser implementering, metoder, mätning av folkhälsa, uppföljning m.m. Utbildningsanordnare bör främst vara folkhälsovetenskapliga institutioner med kapacitet att sätta in folkhälsofrågor i ett sektorsövergripande perspektiv.

### *Resurser*

I anslutning till att de nationella folkhälsomålen skall omsättas i praktiken, bör staten träffa en särskild uppgörelse med kommuner och landsting för att underlätta arbetet med hälsoplaner och ställa vissa resurser till förfogande för detta.

### *Uppföljning och utvärdering*

Uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen bör redovisas med några års mellanrum till regeringen i form av två rapporter; en Folkhälsopolitisk rapport resp. den redan etablerade Folkhälso-rapporten, som Socialstyrelsen har ansvar för. Den visar hur hälsan utvecklas i befolkningen. Folkhälsoinstitutet bör ha ansvar för den folkhälsopolitiska rapporten, som skall visa hur bestämningsfaktorerna för hälsan utvecklas och hur de nationella folkhälsomålen följs upp. I framtagande av rapporterna bör de båda myndigheterna samverka. Regeringen bör sedan i en skrivelse till riksdagen under varje mandat-period lämna en rapport om det folkhälsopolitiska läget och i före-kommande fall föreslå revideringar av de nationella folkhälsomålen.

Förutsättningarna för uppföljning och utvärdering skiljer sig principiellt åt mellan statliga och andra aktörer och måste lösas på sina ”egna villkor”. Folkhälsoinstitutet har här en viktig roll i relation till båda typerna av aktörer.

Nationella folkhälsokommitténs förslag till indikatorer behöver vidareutvecklas, dels så att de kan ge en mer aktuell bild av utvecklingen, dels att det har hög relevans för att kunna återspegla – och helst värdera – olika typer av insatser. Detta bör bli en av det ombildade Folkhälsoinstitutets uppgifter.

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Regeringen bör samordna arbetet med folkhälsofrågor inom regeringskansliet.
- Folkhälsoinstitutet bör på uppdrag av regeringen ta initiativ till utveckling av sektorsstrategier för folkhälsofrågorna i samverkan med andra myndigheter.
- Folkhälsoinstitutet bör på uppdrag av regeringen lämna förslag om sektorsansvar för folkhälsofrågor med avseende på myndigheter som berörs av detta.
- Folkhälsoinstitutet bör ta initiativ till bildande av en samverkansgrupp mellan institutet och företrädare för kommuner och landsting.
- Folkhälsoinstitutet bör i samarbete med Socialstyrelsen redovisa resultat av sin sektorsövergripande uppföljning och utvärdering i en regelbundet återkommande folkhälsopolitisk rapport. I denna bör ingå förslag till vidareutveckling av de nationella målen och indikatorerna.

- Folkhälsoinstitutet bör i samarbete med Socialstyrelsen redovisa framtida folkhälsorapporter så att förändringar kan utläsas i relation till de nationella målen och indikatorerna.
- Regeringen bör i en skrivelse till riksdagen under varje mandatperiod redovisa det folkhälsopolitiska läget och i förekommande fall föreslå revidering av de nationella folkhälsomålen.

#### *Utmaningar till staten, landstingen och kommunerna*

- Utred frågan om samordning inom de sex sjukvårdsregionerna av samhällsmedicinska funktioner och former för att bredda och fördjupa kompetensen.
- Formulera utbildningsbehov för yrkesverksamma och fastställ behovet av resurstöd till kommuner och landsting för utbildning under en tre-femårsperiod.
- Träffa en överenskommelse om att bygga upp strukturer kring det nya hälsoplansansvaret och fastställ behovet av resurser för detta.

#### *Utmaningar till kommunerna och landstingen*

- Utveckla hälsoplaner och konkret folkhälsoarbete i samverkan mellan huvudmännen.
- Medverka i en samverkansgrupp mellan företrädare för kommuner och landsting och Folkhälsoinstitutet.

## Mål 17

### Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning

- Intensifierad forskning om interventioners nytta, kostnader och konsekvenser
- Bättre metoder för att bedriva folkhälsoarbete
- Ökad satsning på folkhälsovetenskaplig utbildning

Folkhälsovetenskap är till sin natur tvärvetenskaplig. Detta är en följd av att hälsans bestämningsfaktorer är mångfacetterade. Till kärnan av den folkhälsovetenskapliga forskningen räknas socialmedicin, miljömedicin, arbetsmiljöforskning, epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning, medicinsk sociologi, hälsoekonomi och medicinsk etik.

Folkhälsoforskningen har i vissa avseenden en relativt stark position i Sverige jämfört med andra länder. Exempel på detta finner man inom t.ex. epidemiologisk forskning och forskning om arbetsmiljöer. Samtidigt finns det tydligt eftersatta områden inom folkhälsoforskningen. Ett övergripande folkhälsoproblem, som kräver ytterligare forskning, är hälsans sociala skiktning. Det handlar primärt inte om behov av mer beskrivande kunskap kring hälsoklyftor utan framförallt om behov av ny kunskap kring mekanismer på strukturell nivå och i människors vardagsliv. Detta kan ge större förståelse för sammanhang och bilda grund för åtgärder för mer jämlika hälsovillkor.

För att få en bättre kunskapsbas för strukturellt inriktade folkhälsoinsatser är det angeläget att ytterligare utveckla kunskapen om vilken betydelse sociala relationer, socialt kapital och ekonomisk trygghet har för hälsoutvecklingen. För att utveckla denna kunskap bör den samhällsorienterade och epidemiologiska folkhälsoforskningen stödjas.

Att arbeta förebyggande på hälsoområdet har oftast handlat om att påverka riskfaktorer och göra insatser som man vet främjar hälsa. Vi får allt fler tecken på och kunskaper om att sådant som livsställning, ha nära vänner, ha tillgång till kultur och kunna vistas i naturen har betydelse för människors förmåga att hantera utmaningar i livet och behålla hälsan. Forskningen kring detta behöver utvecklas.

Det behövs mer forskning om hur olika faktorer och produkter i vår miljö samt sambanden mellan dessa påverkar hälsoutvecklingen. Vidare behöver man utveckla forskningen om skadeförebyggande miljöer och åtgärder. Ett nationellt skaderegister är ett sätt att få ökad kunskap, vilket kan leda till att skador förhindras.

Det finns behov av ytterligare kunskap om hur befolkningens matvanor utvecklas och hur dessa förändringar påverkar hälsan. Därför behövs regelbundet återkommande matvaneundersökningar, såväl riktade som riktade. Kunskapsläget vad gäller befolkningens idrotts- och motionsvanor är relativt gott. Däremot saknas kunskap om individens fysiska aktivitet i övrigt. Vidare behövs det studier om hur mycket fysisk aktivitet som är nödvändig för att bibehålla en god hälsa för barn, vuxna och äldre. Av särskilt intresse är den forskning kring matvanor och fysisk aktivitet som belyser varför olika grupper i befolkningen utvecklar så olika förhållningssätt till dessa levnadsvanor.

De negativa effekterna på folkhälsan av tobak, alkohol och narkotika är idag väl kartlagda. Det saknas dock tillfredsställande kunskaper om hur sambandet ser ut mellan nikotin-, alkohol- och narkotikaberoende. Vidare saknas kunskap om omfattningen av läkemedelsmissbruket i befolkningen.

Ett av de största folkhälsoproblemen är psykisk ohälsa. På detta område behövs det bättre information om hur den psykiska ohälsan förändras över tid. Man bör också utveckla kunskapen om hur olika psykosociala faktorer samverkar vid psykisk ohälsa. Denna kunskap behövs för att hitta bättre förebyggande åtgärder.

Medicinsk forskning har av tradition ofta utgått från män. Idag vet man att symptom vid sjukdom inte alltid är lika för kvinnor och män. Behandlingsmetoder kan också vara delvis olika för att vara effektiva. Den folkhälsoforskning som bedrivits har i allmänhet ett mer utvecklat genusperspektiv än vad den medicinska forskningen har, men inte tillräckligt bra. Det finns anledning att i forskningen uppmärksamma att frisk- och riskfaktorer för hälsa och ohälsa kan vara olika för kvinnor resp. män.

Bestämningsfaktorerna för hälsa kan också variera mellan äldre och yngre personer. Äldre reagerar t.ex. i många fall annorlunda på läkemedel än yngre. Det behövs därför en särskild forskning kring förebyggande insatser med inriktning på äldre personer.

Det behövs även forskning för att få bättre kunskap om särskilda gruppers hälsosituation. Exempel på grupper vars hälsosituation ytterligare behöver belysas är homo- och bisexuella, invandrare och olika nationella minoriteter, bl.a. samer och romer. Det finns skäl att anta att dessa gruppers hälsosituation är sämre än för befolkningen i övrigt. Det är dock oklart vilken betydelse olika bestämningsfaktorer har för dessa gruppers hälsosituation.

För alla forskningsbehov som har nämnts ovan är det angeläget att analysera skillnader i hälsoutveckling mellan olika grupper, mellan såväl kvinnor och män som mellan grupper med olika utbildningsnivå samt föreslå åtgärder som kan minska dessa skillnader.

Det finns ett generellt stort behov av forskning om åtgärder för att påverka hälsoutvecklingen i olika grupper av befolkningen. Det gäller såväl människors sociala och ekonomiska villkor som deras beteenden. Sådan forskning är särskilt angelägen eftersom den är en viktig grund för att få till stånd systematiska metoder inom folkhälsoområdet, främst sådana som avser att påverka bestämningsfaktorerna för hälsa men också sådana som är användbara för utvärdering av åtgärder. Det är i det sammanhanget angeläget att bl.a. hälsoekonomisk forskning ges ökat utrymme.

Hälsoekonomin kan ge viktiga bidrag till att förklara varför individer och även organisationer fattar beslut på det sätt som de gör. Hälsoekonomer pekar här på incitamentens betydelse. Inom forskningsområdet ingår också bl.a. kostnadseffektivitetsbedömningar av åtgärder som avser att påverka hälsan i befolkningen. Sådana bedömningar kan tillsammans med epidemiologisk kunskap få stor betydelse som underlag för beslut om prioriteringar inom folkhälsoområdet.

Det är av särskild vikt att få fram kunskap om metoder som kan nå de personer som har de största hälsoriskerna. Detta är särskilt angeläget då det finns belägg för att traditionell hälsoinformation i första hand kommer mer hälsomässigt motiverade och gynnade grupper till del.

Praktiskt folkhälsoarbete gynnas av att utgå från ett lokalt perspektiv. Genom en demokratisk förankring kan det personliga engagemanget förstärkas och effekterna få större genomslag. Å andra sidan kan lokala projekt i vissa fall vara allt för begränsade för att vid en utvärdering ge en allsidig belysning av en hälsointerventions effekter. Därför kan det vara nödvändigt att samordna utvärderingar på regional nivå. Under mål 16 om samordnat folkhälsoarbete diskuteras också behovet av regional samhällsmedicinsk kompetens för kvalificerad vägledning i lokalt folkhälsoarbete. Sådana funktioner bör utvecklas i samverkan med universitets- och högskoleinstitutioner.

Det finns idag en brist på folkhälsokompetens i Sverige. Det gäller både antalet personer med en examen i folkhälsovetenskap och personer inom andra yrkeskategorier där folkhälsovetenskap är ett angeläget komplement. Det är därför nödvändigt att fler personer examineras med en grundutbildning i folkhälsovetenskap samt att folkhälsovetenskap förstärks i andra utbildningar. Exempel på utbildningar där folkhälsovetenskap borde ingå är vård- och omsorgsutbildningar, läkarutbildningen, tandläkarutbildningen samt förskole- och lärarutbildningen. För att på kort sikt möta de stora behoven av folkhälsokompetens är det även nödvändigt att de närmaste tre till fem åren kompetensutveckla redan yrkesverksamma personer inom de ovan nämnda områdena. Detta nämns särskilt under mål 16.

Läkare måste ha ett tydligt folkhälsoperspektiv i sitt vardagliga arbete. Dagens läkarutbildning saknar nästan helt detta perspektiv. Då läkare av tradition har starkt inflytande över hälsosektorns agenda, är det angeläget att läkarutbildningen förmedlar en såväl naturvetenskaplig som klinisk och folkhälsovetenskaplig kunskapssyn.

Eftersom hälsans bestämningfaktorer är kopplade till en rad olika faktorer kommer kompetensutveckling av yrkesverksamma även i framtiden att vara angeläget inom vissa yrkeskategorier där folkhälsovetenskap inte ingår i utbildningen. Exempel på sådana kategorier är handläggare vid försäkringskassor och försäkringsbolag, personalutvecklare, och miljövetare vid länsstyrelser och kommuner.

I Organisationskommitténs betänkande (SOU 2000:57) om Folkhälsoinstitutets nya roll i folkhälsoarbetet föreslås det att Folkhälsoinstitutet skall bli ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. I uppdraget skall ingå bl.a. att föra ut kunskap om metoder och strategier till lokala och regionala aktörer. Folkhälsoinstitutet skall även följa den internationella och svenska folkhälsoforskningen. Mot bakgrund av det generella ansvar Folkhälsoinstitutet föreslås få för uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen innebär detta att Folkhälsoinstitutet får ett särskilt ansvar att följa studier om hälsans bestämningfaktorer. Folkhälsoinstitutet föreslås också finansiera viss uppdragsforskning och utveckla sina hittillsvarande samarbetsavtal med forskningsinstitutioner. Nationella folkhälsokommittén instämmer i de redovisade förslagen om Folkhälsoinstitutets framtida roll.

### **Särskilda målgrupper**

- Forskare och professionella inom folkhälsoområdet
- Beslutsfattare
- Tjänstemän inom olika beställarfunktioner

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Folkhälsoinstitutet bör särskilt stödja forskning om interventionsmetoder och hälsokonsekvensbedömningar av åtgärder inom olika samhällsområden.
- Folkhälsoinstitutet bör föra ut kunskap till kommuner och landsting om bra metoder och strategier för folkhälsoarbete.

- Högskoleverket bör verka för att fler personer utexamineras med inriktning mot folkhälsovetenskap. Folkhälsovetenskap bör i större utsträckning bli en integrerad del av andra utbildningar.

*Utmaning till forskningsråden*

- Prioritera forskning inom områdena interventionsforskning, hälsoekonomi och studier som syftar till att förklara hur olika bestämningsfaktorer påverkar folkhälsan.

*Utmaning till landstingen och kommunerna*

- Utveckla och värdera metoder för folkhälsoarbetet.

*Utmaning till staten, landstingen och kommunerna*

- Utred frågan om en regional samordning av samhällsmedicinska funktioner och former för att bredda och fördjupa kompetensen (samma som under mål 16).



## Mål 18

### Saklig hälsoinformation

- Tillgång till saklig och obunden hälsoinformation för alla

En av förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor är att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation. I ett samhälle som präglas av ett ständigt ökande informationsutbud av en rad olika kommersiella aktörer är det av särskild vikt att medborgarna har tillgång till producentobunden hälsoinformation.

För att allmänheten skall kunna ta del av saklig hälsoinformation krävs det att informationen är tillgänglig. Det betyder att den inte får vara svåråtkomlig, kosta pengar eller bara finnas på t.ex. Internet. Hälsoinformationen måste innehållsmässigt och i sitt utförande vara anpassad till medborgarnas olika behov.

Människor med funktionsnedsättningar av olika slag måste få informationen på det sätt och det medium som de kan ta till sig. Det kan gälla personer med läs- och skrivsvårigheter, utvecklingsstörning, synskadade, hörselskadade och döva. I dagens mångkulturella samhälle behöver personer med svaga kunskaper i svenska eller med en annan etnisk bakgrund ha tillgång till en språkligt och kulturellt anpassad information.

Hälsoinformation kan ha flera olika syften. Den kan syfta till att förändra ohälsosamma beteenden hos befolkningen, väcka opinion runt en fråga eller få människor att i tid undersöka sig vid vissa symptom, t.ex. vid förändringar i bröstet eller vid hudfläckar. I USA har depressionskampanjer fått människor att bli medvetna om hur vanligt det är med depression, hur symtomen kan se ut och att man kan få hjälp för att komma över problemen.

I Sverige har man av tradition haft en hög nivå av saklighet, som byggt på vetenskaplig grund, i hälsoinformationen från offentliga aktörer. Det är av stor vikt att denna hållning bibehålls. Ett problem med hälsoinformation, precis som med annan samhällsinformation, är att den främst når de redan gynnade. Det kan därmed innebära att hälsoklyftorna ytterligare ökar. För att motverka detta måste ansträngningar göras för att producentobunden hälsoinformation verkligen nå utsatta grupper.

Tidigare har Folkhälsoinstitutet haft ett ansvar för hälsoinformation riktad till allmänheten. Med det nya sättet att arbeta skall Folkhälsoinstitutet i första hand förmedla fakta till regeringen, sektorsmyndigheter, landsting och kommuner och inte till allmänheten. Folk-

hälsoinstitutet bör dock ha ett mer uttalat informationsansvar kring alkohol, tobak och narkotika, eftersom man i dessa frågor blir tillsynsmyndighet, och i andra frågor där regeringen ger särskilda uppdrag. Regeringen skall också i särskilda fall kunna lägga informationsuppdrag på institutet. Det nya sättet att arbeta kommer att medföra att sektorsmyndigheterna skall ha ett tydligt ansvar att förmedla hälsoinformation till allmänheten i frågor som de handlägger. Kommuner och landsting får också ett större ansvar för att förmedla hälsoinformation till sina kommuninvånare.

Idag förmedlas viktig hälsoinformation genom apoteken, som i princip når hela befolkningen. Denna uppgift regleras dock inte i det avtal som staten har upprättat med Apoteket AB och sker på frivillig väg. I avtalet mellan staten och Apoteket AB bör det regleras att apoteken i sin verksamhet skall ha vissa uppgifter att ge saklig producentobunden hälsoinformation till sina kunder. I avtalet med staten bör också regleras att Apoteket AB skall ge ut sin information i samarbete med berörda myndigheter och att informationen skall vara språkligt och praktiskt tillgänglig för olika grupper i befolkningen.

Frivilligorganisationer är ofta bättre lämpade att nå riskutsatta grupper med information än offentliga aktörer. Det är dessutom i de flesta fall olämpligt att samhällsorgan aktivt propagerar för vissa levnadsvanor. Hälsoinformation som utges av samhälleliga aktörer skall vara saklig. Samhällsorganen bör stödja frivilligorganisationerna ekonomiskt för olika former av hälsoinformation till sina målgrupper. Det skall enbart vara en möjlighet för organisationerna, inte ett tvång. Stöd till deras allmänna verksamhet skall inte påverkas av detta.

### **Särskilda målgrupper**

- Barn och ungdomar
- Funktionshindrade
- Invandrare

### **Aktörer och åtgärder**

#### *Utmaningar till nationella aktörer*

- Folkhälsoinstitutet bör ansvara för allmän kunskapsförsörjning som underlättar hälsoinformation.
- Varje myndighet bör genom ett sektorsansvar ansvara för hälsoinformation inom sitt område till allmänheten och till olika målgrupper.

- Apoteket AB bör i sitt avtal med staten få i uppdrag att lämna producentobunden, saklig och tillgänglig hälsoinformation till sina kunder.
- Frivilligorganisationer bör stödjas till ökade insatser för hälsoinformation.

*Utmaning till kommuner och landsting*

- Förbättra allmän hälsoinformation och anpassa den så att den når olika målgrupper, t.ex. olika etniska grupper.

## 7 Resursbehov under de närmaste åren

### 7.1 Samhällsekonomiska kostnader för ohälsan

#### **Inledning**

Den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsan i Sverige kan uppskattas till ca 300 miljarder kronor år 1999.<sup>1</sup> Kostnaden består av både direkta och indirekta kostnader. I direkta kostnader ingår bl.a. kostnader för slutenvård, öppenvård och läkemedel. Indirekta kostnader består av bl.a. kostnader för produktionsbortfall, förtidspensioner och sjukpenning. Sjukdomar i rörelseorganen, psykiska sjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar kostar samhället mest.

Att beräkna samhällets kostnad ger ingen direkt vägledning för beslut om vilka insatser som skall göras för att minska ohälsan och kostnaderna. En sådan beräkning kan däremot ha ett värde genom att den antyder problemets storleksordning. Att ett visst folkhälsoproblem orsakar stora kostnader pekar på att de potentiella vinsterna av att sätta in åtgärder mot detta problem kan vara stora.

Utvecklingen av de äldres hälsa har utomordentligt stor betydelse för behoven av vård och omsorg. I bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000 har en analys gjorts av effekter på resursbehov av förändringar av ohälsa och funktionshinder bland de allt fler äldre som befolkningsprognoserna räknar med. Av redovisningen framgår bl.a. att vid en fortsatt positiv utveckling av de äldres hälsa så mer än halveras de demografiskt framskrivna behoven av insatser inom äldreomsorgen under perioden 2000–2030. För hälso- och sjukvårdens del sker också en kraftig begränsning av de demografiskt förväntade ökningarna av de

<sup>1</sup> Socialstyrelsen. *Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfall fördelat på sjukdomsgrupper 1980 och 1991*. Stockholm. Socialstyrelsen 1996. Uppskattningen av den samhällsekonomiska kostnaden år 1999 till 300 miljarder kronor är en uppräkningskostnad år 1991 till 1999 års prisnivå.

äldres behov. Lika viktigt i sammanhanget är att en förbättrad hälsa hos äldre och en god samhällsekonomisk utveckling innebär att vårdbehoven inte blir oöverstigliga ekonomiskt sett.

Hur samhälls ekonomin utvecklas påverkas också av hälsoutvecklingen inom den förvärvsaktiva delen av befolkningen. En fortsatt positiv utveckling av folkhälsan är inte given utan beror på hur människor väljer att leva enskilt och tillsammans. Det gäller i synnerhet de stora skillnaderna i hälsa mellan olika delar av befolkningen.

De nationella mål som kommittén föreslår baseras på den kunskap som vi har idag om vilka faktorer i människors livsvillkor och levnadsvanor som är viktiga för hälsan. Genom att påverka dessa faktorer med olika åtgärder kan människors hälsa och funktionsförmåga förbättras. Svensk och internationell forskning om preventiva åtgärder visar att det finns många åtgärder som är kostnadseffektiva och väl värda att satsa på också från ekonomisk utgångspunkt. Utvärderingarna av preventiva åtgärder är dock fortfarande relativt få till antalet jämfört med utvärderingar av vård- och behandlingsinsatser. För att få fram fler effektiva åtgärder är det angeläget att forskningen och metodutvecklingen inom området ökar. Förslag om detta redovisar vi under mål 17.

### **Aktuella sjukförsäkringskostnader**

Sjukfrånvaron har varierat kraftigt under 1990-talet. Antalet frånvarotimmar på grund av sjukdom i procent av vanligen arbetade timmar för anställda 16–64 år har under 1990-talet utvecklats enligt följande.<sup>2</sup>

	1990	1994	1997	1998	1999
Kvinnor	6,8	4,5	4,0	4,5	5,6
Män	5,0	3,1	2,4	2,7	3,6

I dagsläget sker det en snabb ökning av antalet sjukskrivningar. I maj 1999 var drygt 190 000 personer sjukskrivna. Denna siffra hade ökat till drygt 240 000 i maj år 2000. Även när sjukfallen studeras uppdelade på ärendelängd så har fallen ökat för varje kategori, dvs. i alla grupper från 1–14 dagar upp till mer än 731 dagar.

De samlade utbetalningarna från sjukförsäkringen uppgick år 1990 till 70 miljarder kronor. År 1997 hade utbetalningarna sjunkit till 52 miljarder. När man jämför med 1990 års siffror påverkas utfallet också av regelförändringar i form av införande av karensdag, ändring

<sup>2</sup> SCB:s Valfärdsbulletin 3/2000.

av sjuklöneperiod och ersättningsnivåer m.m. Från år 1997 har kostnaderna ökat mycket kraftigt och uppgick år 1999 till drygt 63 miljarder. I summan ingår kostnader för sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringssjukpenning. Därtill ingår kostnader för förtidspension och sjukbidrag inkl. ATP-kostnader för dessa förmåner.

Den utbetalda sjukpenningen har varierat kraftigt. År 1997 var kostnaden 15 miljarder kronor. År 1999 utbetalades knappt 25 miljarder kronor och nuvarande prognos från RFV är att under år 2000 kommer det att bli 32 miljarder kronor. Det betyder att på tre år har kostnaderna för sjukpenningen ökat med 17 miljarder kronor.

I dagsläget finns ingen statistik över sjukskrivningar fördelade på diagnoser, men en sådan statistik är under utarbetande genom Riksförsäkringsverket. I SOU 2000:72 har man redovisat siffror uppdelade på diagnoser genom att använda den statistik som finns från AMF Försäkring. Försäkringen svarar för tilläggsförsäkringar för anställda inom bl.a. SAF:s och LO:s privata avtalsområde samt kommuner och landsting. Uppgifterna avser ersättningar för sjukfall längre än 90 dagar. Man har gjort en uppdelning på diagnoser för fem huvudgrupper; mentala sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och övriga diagnoser. Gruppen "mentala sjukdomar" är en mycket vid grupp som innefattar stress, psykiska besvär, lättare och svårare depressioner, psykiska sjukdomar etc.

Fördelning av diagnoser skiljer sig åt mellan de olika sektorerna i huvudsak beträffande mentala sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Inom kommun/landstingssektorn svarar fall med diagnosen mentala sjukdomar för 25 % av fallen mot 11 % inom SAF:s och LO:s privata avtalsområde. Rörelseorganens sjukdomar svarar för 64 % av diagnoserna inom SAF/LO-området mot 49 % i kommuner och landsting.

Mellan åren 1998 och 1999 har det skett en ökning av gruppen "Mentala sjukdomar". Denna ökning är särskilt markant inom kommuner och landsting. Där har andelen totalt ökat med 3,8 procentenheter. Inom SAF/LO-området är ökningen mindre och koncentrerad till gruppen kvinnor, där en ökning på knappt 2 % har konstaterats.

### **Läkemedelskostnader**

Kostnader för läkemedel har ökat markant under senare år. Från år 1993 till år 1999 har kostnaden stigit från drygt 10 miljarder kronor till drygt 19 miljarder kronor. Orsakerna till kostnadsökningen beror på ett flertal faktorer. En viktig orsak är att många sjukdomar kan behandlas allt effektivare med moderna läkemedel. Det gäller t.ex. astma, blödar-

sjuka, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, infektioner, magsår och vissa psykiska sjukdomar. En annan orsak är att det årligen i västvärlden satsas mångmiljardbelopp på läkemedel för att påverka hälsoproblem som i stor utsträckning förorsakats av olika livsstilar. I Sverige uppgick exempelvis kostnaden för läkemedel mot grav övervikt till 500 miljoner kronor under år 1999.

## 7.2 Kostnadseffektiva preventiva insatser

De nationella folkhälsomålen ger utgångspunkter för åtgärder som riktar mot hälsans olika bestämningsfaktorer. I det kommande avsnittet redovisas ekonomiska resonemang med fokus på några olika folksjukdomar och exempel på möjliga preventiva insatser mot dem. Ytterligare exempel finns i kommitténs underlagsrapport nr 16 om ekonomisk analys av folkhälsoinsatser.

### **Sjukdomar i muskler, skelett m.m.**

Sjukdomar i muskler, skelett m.m. kostar i form av hela förtidspensioner 19 miljarder kronor år 1999, vilket utgör 40 % av kostnaderna för hela förtidspensioner för samtliga sjukdomar. Denna sjukdomsgrupp är också den största gruppen bland sjukskrivna över 90 dagar. Genom att uppfylla målet om goda arbetsförhållanden, speciellt genom att anpassa fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar och öka inflytandet och utvecklingsmöjligheterna i arbetet, kan sjukdomarna i muskler och skelett reduceras och vinster i form av minskade sjukvårdskostnader och minskade sjukskrivningskostnader sannolikt göras.

### **Psykisk ohälsa**

Statistiken för de totala sjukskrivningskostnaderna visar att psykiska diagnoser ökar. De totala kostnaderna för sjukskrivning, produktionsbortfall, vård och läkemedel för psykisk ohälsa är mycket stora. Det handlar delvis om symptom som går att förebygga. De nationella folkhälsomålen visar på en rad bestämningsfaktorer för utvecklande av psykisk ohälsa. Att förebygga uppkomsten av vissa depressioner och att tidigt upptäcka begynnande symptom leder till färre och kortare sjukskrivningsperioder och färre självmord.

Många av målen/delmålen i betänkandet kan kopplas till psykisk ohälsa: Minskad fattigdom, minskad boendesegregation, kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden, minskad isolering och ensamhet, trygg anknytning mellan barn och föräldrar, låg arbetslöshet, ingen diskriminering av invandrare och funktionshindrade på arbetsmarknaden, anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet, och minskat övertidsarbete har alla betydelse för den psykiska hälsan. Även målen/delmålen om att ingen skall diskrimineras på grund av sexuell läggning resp. minskat skadligt alkoholbruk och minskad tillgång till narkotika kan kopplas till psykiska problem. Åtgärder på alla dessa områden bör minska den psykiska ohälsan och ge minskade kostnader för vård, sjukskrivning, förtidspension och läkemedel. Prevention mot psykisk ohälsa torde således ge betydande samhällsekonomiska vinster på sikt.

I syfte att tidigt upptäcka och bättre behandla depression gjordes på Gotland i början på 1980-talet en specialsatsning i utbildningen av allmänläkare. Mycket goda resultat noterades eftersom såväl konsumtionen av läkemedel som slutna vård minskade och antalet självmord halverades. Kostnadsbesparingarna uppskattades till totalt 155 miljoner kronor.<sup>3</sup>

### Hjärt-kärlsjukdomar

De ekonomiska effekterna av hjärt-kärlsjukdomar i västvärlden är mycket stora. Genom att reducera kända riskfaktorer och effekter av ohälsosam livsstil kan hjärt-kärlsjukligheten reduceras.

Norsjö-projektet<sup>4</sup>, som startade 1985, syftade till att genom intervention påverka befolkningen till bättre matvanor. Härigenom skulle hjärt- kärlsjukdomarna reduceras. Uppföljningen i form av årliga hälsoundersökningar visade att förändringen i kolesterolnivån var påtaglig i jämförelse med jämförbara områden. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknades i detta projekt till 10–20 000 kronor, vilket måste tolkas som en mycket kostnadseffektiv åtgärd.

<sup>3</sup> Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Wålinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85:457-464

<sup>4</sup> Lindholm, L., Rosén, M, Weinehall L., Asplund, K. Cost- effectiveness and equity of a community-based cardiovascular disease prevention programme in Norsjö, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996;50:190-195



Ett exempel på prevention är Nordkarelenprojektet, ett långsiktigt projekt för att minska hjärt-kärlsjukdomar. Man räknar med att den årliga besparingen för det finska samhället av minskad hjärt-kärlsjukdom är ca 800 miljoner kronor.<sup>5</sup> Projektet har emellertid fått kritik till följd av vissa dubbelräkningar.

En betydelsefull fråga när det gäller förebyggande arbete inom hjärt-kärlområdet är hur kostnadseffektiva olika riktade insatser är. Förvisso är det så att personer som har en kraftigt förhöjd risk, t.ex. övervikt och högt blodtryck, löper en klart större risk än personer med genomsnittsvärden att insjukna i hjärtinfarkt. Men genom epidemiologiska studier har man visat att det stora flertalet bland dem som insjuknar i hjärtinfarkt är personer med måttligt förhöjda risker.<sup>6</sup> Förklaringen är att antalet med måttligt förhöjda risker är så många fler än de med hög risk. Det får alltså större effekter på folkhälsan om förebyggande insatser leder till att många ändrar sina vanor något, än om några få ändrar sig radikalt. Ibland används uttrycket ”den preventiva paradoxen” som beteckning på detta. Slutsatsen av detta resonemang är att man inte enbart kan rikta preventiva insatser mot högriskgrupper om man skall uppnå både mänskliga vinster och samhällsekonomiska effekter.

### **Bristande fysisk aktivitet**

Bristande fysisk aktivitet och ökande övervikt är ett hot mot folkhälsan, genom att en rad sjukdomar påverkas av fysisk inaktivitet och övervikt. Att med olika medel öka intresset för ökad rörlighet, särskilt hos de grupper som idag rör sig minst, är en investering i hälsa som lönar sig på sikt. En sådan investering skall jämföras med alternativet som i många fall är dyrbara medicinska behandlingar.

Enligt undersökningar<sup>7</sup> har fysisk aktivitet en säkerställd effekt när det gäller att minska risken för insjuknanden i och dödlighet i hjärtinfarkt och andra hjärt-kärlsjukdomar. Fysisk aktivitet har också en klar effekt när det gäller att fördröja och förhindra uppkomsten av högt blodtryck. Det finns också en påtaglig effekt av fysisk aktivitet när det gäller att förhindra s.k. vuxendiabetes (Diabetes typ II) som är en

<sup>5</sup> Kiiskinen U, Vartiainen E, Pekurinen M, Puska P. Does prevention of cardiovascular diseases lead to decreased cost of illness? Twenty years experience from Finland. *Prev. Med* 1997;26:220-226.

<sup>6</sup> Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford. Oxford University Press; 1992

<sup>7</sup> US Department of Health and Human Services. *Physical activity and health*. Report of the Surgeon General 1996.

viktig orsak till blindhet och cirkulationsstörningar med bland annat bensår och amputationer som följd. Fysisk aktivitet har en säkerställd effekt när det gäller att förebygga cancer i tjocktarmen som är en av de vanligaste cancerformerna. Tillsammans med en rätt sammansatt kost är fysisk aktivitet en bra metod att långsiktigt åstadkomma en vikt-nedgång vid övervikt.

Fysisk aktivitet har en förebyggande effekt när det gäller benskörhet och fallolyckor hos äldre som är en dominerande orsak till höft-ledsfrakturer med stora sjukvårdskostnader som följd. Fysisk aktivitet har också en lindrande verkan när det gäller ledsmärtor och andra besvär från rörelseorganen. Sådana ledbesvär är en av de absolut viktigaste sjukskrivningsdiagnoserna. Därtill har fysisk aktivitet en säkerställd effekt när det gäller att lindra ångest, oro, sömnsvårigheter och lättare depressioner och en möjlig förebyggande effekt också på svårare depressioner.

Betydelsen av fysisk aktivitet innebär att fler metoder än de traditionella måste tillämpas. Många av de insatser som görs idag för att t.ex. stödja idrotten kommer främst de grupper till del som redan motionerar. Särskilda insatser måste exempelvis göras för att nå invandrarungdomar och överviktiga barn. Samhället måste ge ett aktivt stöd för att äldre och funktionshindrade skall kunna komma ut och på sina egna villkor bedriva fysisk aktivitet.

## Rökning

Förutom ökad cancerrisk ger rökning även upphov till t.ex. hjärt-kärlsjukdomar och problem i andningsorganen. Rökarna förkortar sina liv med i genomsnitt 6,5 år.<sup>8</sup> En fjärdedel av rökarna förlorar 22 år av sitt liv och dör i medelåldern. I Sverige dör ungefär 8 000 personer årligen på grund av rökning. Därutöver beräknas minst 500 personer dö till följd av passiv rökning. Till detta kommer olika former av sjuklighet. Preventiva åtgärder i syfte att minska rökningen ger således vinster i form av längre livslängd, minskat produktionsbortfall, färre sjukskrivningar och förtidspensioner och minskade vårdkostnader.

Det finns ett mycket stort antal ekonomiska analyser av tobaksprevention, både sådana som är individinriktade i form av läkares råd om rökavvänjning och sådana som riktas till en större befolkningsgrupp. Det finns en relativt ny svensk kostnadseffektanalys av kam-

<sup>8</sup> Shaw, Mary, Mitchell, Richard, Dorling, Danny, (2000), Time for a Smoke? One cigarette Reduces your Life by 11 Minutes. *British Medical Journal*, 320(1), p53

panjen ”Fimpa till varje pris”.<sup>9</sup> Under hösten 1988 genomfördes kampanjen första gången i Sverige. Idén var att efter utländsk förebild arrangera en ”rökslutartävling”, och i detta fall var första pris en resa till Hawaii. Deltagare rekryterades framför allt genom massmedia, och totalt 12 840 personer deltog i tävlingen.

Kampanjen utvärderades efter 12 månader genom en postenkät till ett slumpmässigt urval av deltagarna. Antalet vunna levnadsår bland de som slutat beräknades, liksom kostnader för kampanjen. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknades ligga i intervallet 1 500 till 10 000 kronor, dvs. kampanjen bedömdes som mycket kostnadseffektiv.

## **Alkohol**

De totala samhällsekonomiska kostnaderna för alkoholskadorna i samhället är höga men det är osäkert hur många miljarder kronor det handlar om. När det gäller dödsfall och sjukdom till följd av alkohol finns dock uppgifter. Mellan 5 000–6 000 människor dör varje år i direkt alkoholrelaterade sjukdomar. Omkring 10 % av patienterna i den slutna sjukvården har alkoholrelaterade sjukdomar.

Ett par kostnadseffektanalyser av alkoholprevention visar övertygande att ”hög” konsumtion av alkohol är förenat med högre dödlighet och sjuklighet än ”måttlig” konsumtion.<sup>10 11</sup> Det har också visat sig att råd från allmänläkare att minska konsumtionen från hög till måttlig har betydande effekter. I studien beräknas hur dödligheten och sjukvårdskonsumtionen kan förväntas påverkas av råd från allmänläkare. Förändringar i dödlighet mäts i vunna levnadsår medan förändringar i vårdkonsumtion mäts som besparingar. Kostnaden för att genomföra interventionen beräknas också. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknas under ett flertal olika förutsättningar. Om cirka 10 % följer läkarnas råd blir konsekvensen förebyggda dödsfall och besparingar i hälso- och sjukvården, men även om bara 1–2 % minskar konsumtionen så blir kostnadseffektiviteten acceptabel.

<sup>9</sup> Tillgren Per, Rosén Måns, Haglund Bo, Ainetdin Tuula, Lindholm Lars, Holm Lars-Erik. Cost-effectiveness of a tobacco ”Quit and Win” contest in Sweden. *Health Policy* 1993;26:43–53

<sup>10</sup> Andréasson Sven. *Försök till belysning av de möjliga effekterna av individuella insatser från primärvårdens sida att förebygga alkoholmissbruk*. SOU 1994:26, bilaga 3

<sup>11</sup> Lindholm Lars. Alcohol advice in primary health care- is it a wise use of resources? *Health Policy*, 1998;45:47–56.

## Skadeprevention

Det finns många exempel på kostnadseffektiva preventiva åtgärder. Bra exempel på skadeprevention finns från trafikområdet. I en studie från år 1990 visas att bl.a. gång- och cykeltunnlar/-broar, betongbarriärer mellan olika körriktningar resp. snöröjning och halkbekämpning på gång- och cykelbanor är mycket kostnadseffektiva. Kostnaden för dessa åtgärder ligger mellan en halv och 5 miljoner kronor per inbesparat dödsfall efter uppräknade till 1999 år prisnivå.<sup>12</sup>

Användningen av cykelhjälm har bidragit till att antalet dödade cyklister har minskat från 68 personer år 1990 till 58 personer år 1998. Cykelhjälm används av ca 18 % av alla som cyklar. Man uppskattar att ytterligare 18 liv skulle kunna räddas varje år om 90 % använde cykelhjälm. Till detta kommer att många huvudskador skulle kunna undvikas om hjälmanvändningen ökade.

Användningen av bilbälte sparar människoliv. Antal omkomna i bil är omkring 360 personer per år, vilket är mer än hälften av alla trafikdödade. Mellan 80 till 85 % använder idag bälte. Bedömningen är att om användningen ökade till 95 % skulle det innebära 37 personer färre som dödades.

Studier i början av 1990-talet av trafikdödade bilförare visade att 20–25 % av dessa var alkoholpåverkade. Blodalkoholhalten uppgick i genomsnitt till 1,7 promille. I slutet av 1990-talet har andelen sjunkit till ca 20 %. Om polisen ökade sina insatser 10 gånger vad gäller utandningsprov skulle detta innebära 27 färre döda i trafiken.<sup>13</sup>

## ”En trygg och säker kommun”

Exempel från Skaraborgs län visar att säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande insatser på lokalplanet kan minska frekvensen av skador till följd av olyckshändelser.

Personskador i samband med olycksfall kostar det svenska samhället mer än 60 miljarder kronor per år. Därtill finns indirekta kostnader för produktionsbortfall m.m. i nästan samma storleksordning. I

<sup>12</sup> Persson, Ulf, (1993). *Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.* Ds 1993:37.

<sup>13</sup> Vägverkets Trafiksäkerhetsrapport 1998 och skattningar från Rune Elvik, TÖI, norsk motsvarighet till svenska VTI (ej publicerat material).

Motala med 42 000 invånare beräknades t.ex. samhällskostnaderna för olycksfallsskador uppgå till ca 270 miljoner kronor per år.<sup>14</sup>

Varje höftfraktur kostar samhället ca 250 000 kronor om året i sammanlagda vårdkostnader. I Lidköping kunde man under perioden 1987–1992 genom ett riktat förebyggande program minska sådana frakturer med 6,6 % för kvinnor och 5,4 % för män per år. Trenden för hela landet under samma period var att skadorna ökade.<sup>15</sup>

### Tio års erfarenheter av ett cykelhjälmprogram på länsnivå

Under perioden 1978–1993 genomfördes i Skaraborgs län ett befolkningsinriktat förebyggande program med registrering av olycksfallsskador resp. information om och subventionering av cykelhjälm till både barn och vuxna. Programmet stöddes av politiker och väckte intresse bland allmänheten genom bl.a. en god mediabevakning.

Användningen av cykelhjälm ökade starkt under kampanjåren. Detta bidrog till att skullskadorna under samma period minskade med nästan 60 % för barn under 15 år.<sup>16</sup>

## 7.3 Kortsiktiga resursbehov

Kommittén anser att det är angeläget att staten gör vissa ekonomiska satsningar inom folkhälsoområdet under de närmaste åren. Satsningar bör göras för att förbättra den folkhälsovetenskapliga kompetensen hos nyckelpersoner i stat, landsting och kommuner. Finansiellt stöd bör ges för uppbyggnad av hälsoplaneringsprocessen i kommuner och landsting. Metodcentra inom hälso- och sjukvården bör etableras för att ta fram viktiga icke medikamentella metoder. Det nationella skaderegistret bör byggas ut till att omfatta data även från all öppen specialistvård. Även den urvalsbaseerade rapportering som för närvarande finansieras med tillfälliga medel bör ges stöd.

<sup>14</sup> Schelp L, Ader M, Apelqvist I, Tvärsektoriell samverkan mot olycksfall. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2–33 1996.

<sup>15</sup> Swanström L, Ekman R, Schelp L, Lindström Å. The Lidköping Accident Prevention Programme – A Community approach to preventing childhood injuries in Sweden. *Injury Prevention* 1995; 1: 169-172.

<sup>16</sup> Ekman R, Welander G. The results of 10 years experience with the Skaraborg bicycle helmet program in Sweden. *International Journal for Consumer & Product Safety* 1998. Vol 5, No 1. Pp.23-29.

Resurser behövs för opinionsbildning och information på nationell nivå med anledning av kommitténs förslag till ändringar av tobakslagen med avseende på tobaksfria restauranger och serveringar resp. förslag om licenssystem för detaljhandel med tobak. Även för andra åtgärder inom tobaksområdet behövs vissa ekonomiska medel.

Ekonomiska medel är också aktuella inom alkoholområdet. Här utgår vi emellertid från att regeringen avsätter resurser för information m.m. i samband med att en ny handlingsplan inom alkoholområdet beslutas under hösten 2000.

Vi redovisar i betänkandet att det är önskvärt att Apoteket AB vidgar sin information om bestämningsfaktorer för hälsan till sina kunder vad avser levnadsvanor. Detta förutsätts bli beaktat i avtal mellan Apoteket AB och staten.

### **Utveckling av hälsoplanering och folkhälsoarbete i kommuner och landsting**

Kommuner och landsting föreslås i en ny folkhälsolag att göra hälsoplaner. Förslaget syftar till att fungera både som en markör för folkhälsofrågans vikt och som en inspirationskälla för huvudmännen att successivt utveckla folkhälsoarbetet. Hälsoplaner innebär att utforma och anta mål, program och åtgärder för att inom huvudmännens resp. verksamheter påverka förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor. I sådana hälsoplaner kan ingå hälsokonsekvensbedömningar, välfärdsbokslut, hälsobudgetar etc. I lagförslaget anges att kommuner och landsting skall samverka med varandra och andra när planen upprättas.

För att stödja uppbyggnaden av en struktur kring detta i kommuner och landsting behövs ett finansieringsstöd i initialskedet. Sammanlagt bör mellan 465–775 miljoner kronor ställas till förfogande för huvudmännen under en period av tre–fem år.

Staten bör träffa en uppgörelse med huvudmännen om formerna för stödet. Det kan t.ex. läggas in i det allmänna stödet till kommuner och landsting.

Totalkostnaden för stödet har räknats fram på liknande sätt som Miljömålskommittén redogör för i sitt betänkande (SOU 2000:52) med avseende på ett av sina etappmål. Miljömålskommitténs beräkning gäller kommuner, medan vår beräkning även omfattar landsting.

### **Utbildning för yrkesaktiva**

För att få genomslag för den nationella folkhälsostategin är kompetensutveckling bland redan yrkesverksamma avgörande. Det finns skäl att göra en omfattande utbildningssatsning under en tre-femårsperiod. Kommittén bedömer att ca 3 500 personer i departement, myndigheter, landsting/regioner och kommuner bör ha en grundläggande folkhälsovetenskaplig utbildning motsvarande 5–10 högskolepoäng.

Innehållet bör vara skraddarsytt och ta sin utgångspunkt i den nationella strategin tillsammans med det aktuella kunskapsläget vad avser implementering, metoder, mätning av folkhälsa, uppföljning m.m. Utbildningsgivare bör främst vara folkhälsovetenskapliga institutioner med kapacitet att sätta in folkhälsofrågor i ett sektorsövergripande perspektiv.

Antalet institutioner som kan åta sig ett sådant utbildningsprogram är få. En lösning är att använda den form av telebildsutbildning i folkhälsovetenskap som Folkhälsoinstitutet utvecklat och genomfört tillsammans med Örebro universitet. Då kan de bästa utbildningskrafterna användas.

Per år uppskattas kostnaden för detta alternativ till 2 miljoner kronor för undervisning, samordning och administration samt 1 miljoner kronor för framtagning/revidering av studiematerial, produktion och distribution, dvs. 3 miljoner kronor. Till detta kommer 2 miljoner kronor för en samlad utvärdering. Mottagningskostnaden på telebild varierar mellan kommunerna med ingen kostnad i vissa kommuner och 15 000 kronor per gång i andra. Huvudmännen förutsätts stå för denna kostnad.

I uppskattningen av kostnaden ingår att regelrätt tentamen av deltagarna inte sker. Skälet är främst att universiteten saknar kapacitet i nuläget för tentamina inom folkhälsoområdet av den omfattningen.

### **Metodcentra för icke medikamentella metoder**

Det behövs en förnyelse och utveckling av icke medikamentell behandling av livstilsrelaterad ohälsa. Vår bedömning är att det behövs sex regionala centra för metodutveckling. De bör ha nära anknytning till det vardagliga vårdarbetet, till universitetens folkhälsovetenskapliga och socialmedicinska institutioner och till det praktiska folkhälsoarbetet. Huvudmannskapet för resp. centra bör kunna delas mellan sjukvårdshuvudmännen och den samarbetande forskningsinstitutionen.

Syftet med regionala centra för metodutveckling är att få till stånd

- metodutveckling avseende icke medikamentell behandling av livs-  
stilsrelaterade sjukdomar
- utvärdering i form av klinisk prövning av icke medikamentella me-  
toder
- spridning av kunskaper kring hur utvärderade metoder kan tillämpas  
för att spara läkemedelskostnader i vården och förbättra folkhälsan i  
samhället

De föreslagna sex centra förutsätts ingå i en nationell struktur med ansvar för samordning och kunskapsutbyte. Den främsta anledningen till regionalisering är att ha en bred förankring och låta ”många blomma blomma”, dvs. att ha flera olika ingångar till området – beteendeinriktning, hälsopedagogisk inriktning, biomedicinsk inriktning m.m.

Varje enhet förutsätts ha en separat ledning och ett totalt budgetansvar. Varje centra bör ledas av en styrelse som sjukvårdshuvudmannen och universitetet fastställer. Sjukvårdshuvudmannen bör kunna stå för kostnader för lokaler och utrustning och ge möjlighet för kompetenta forskare att kunna vara verksamma inom det aktuella centrat som en del i sin kliniska tjänstgöring.

Personalkostnader inklusive sociala avgifter för totalt 10 heltidstjänster bedöms uppgå till ca 7 miljoner kronor per år. Dessa fasta tjänster/heltidsutrymmen bör ingå i det nationella åtagandet och garanteras över en längre tidsperiod.

Den här typen av centra behöver också resurser för att bedriva metodutveckling utöver resurser som söks på vanligt vis som projektstöd. 3 miljoner kronor per centra föreslås utgå per år.

Årskostnaden bedöms alltså till ca 10 miljoner per centra. Kommitténs förslag är att finansiering av metodcentra sker inom ramen för uppgörelsen mellan stat och landsting om läkemedelsförmånen.

Möjligheten att få till stånd sex centra med avsedd kompetens från första året bedöms som svår. En successiv utvecklingsprocess kan därmed bli nödvändig.

### **Ett nationellt skaderegister**

Det är angeläget att ett nationellt skaderegister byggs upp med bas i dels nationellt heltäckande data från Dödsorsaksregistret och Patientregistret, dels mer detaljerad information från ett så långt möjligt representativt urval av sjukvårdsenheter.

Modellen innebär att nuvarande datainsamling till Patientregistret utvidgas till att också omfatta data från all öppen specialistvård vid



sjukhus. För en sådan utvidgning, inklusive hanteringen av motsvarande skadedata inom ramen för ett skaderegister har Socialstyrelsen redan tillförts medel.

Modellen förutsätter även att den urvalsbaserade rapportering som idag finansieras med tillfälliga medel dels ges en långsiktig finansiering och dels utvidgas för att säkerställa nationellt representativ information. Medelsbehovet kan delas upp i två poster: dataköp, dvs. ersättning till medverkande sjukhus/huvudmän samt personal för central registerhantering.

Ersättningen till de sjukhus/huvudmän som medverkar i dagens urvalsbaserade insamling av skadedata finansieras med projektmedel beviljade inom ramen för EU:s program för att förebygga personskador. Bidragen söks och beviljas årsvis, som längst till och med år 2003<sup>17</sup>. Bidragen är maximerade till 81 818 EURO (ca 680 000 kr), vilket innebär ett ersättningsbelopp motsvarande 20 kr per rapporterad skada. För att vara långsiktigt attraktivt för deltagande sjukhus/sjukvårdshuvudmän och för att ge goda förutsättningar för hög kvalitet och aktualitet i inrapporterade data bedöms ersättningen behöva motsvara 25–30 kr per inrapporterad skada.

Dagens urvalsbaserade insamling genererar information om ca 35 000 skadefall<sup>18</sup> per år som sökt vård vid sjukhusens akut- och specialistmottagningar liksom vid jourcentraler knutna till dessa sjukhus. Befolkningsunderlaget utgör drygt 5 % av Sveriges befolkning. För att bättre kunna ta hänsyn till olika strukturella förhållanden som kan påverka urvalets representativitet, t.ex. i termer av tätorts- och näringsstruktur, geografisk belägenhet, sjukvårdsstruktur etc. bedöms befolkningsunderlaget behöva uppgå till ca 10 %<sup>19</sup>. Den extra kostnaden för en sådan utvidgning av materialet bedöms till ca 1 miljon kronor per år.

Det nationella skaderegistret bedöms behöva ett resurstillskott motsvarande 0,5 miljoner kronor för central registerhantering. Sammantaget uppgår den årliga kostnaden till ca 1,5 miljoner kronor per år. När medel från EU upphör efter år 2003 ökar summan till ca 4 miljoner kronor per år.

<sup>17</sup> Pågående omstrukturering av EU:s programarbetet på folkhälsoområdet har aviserats kunna komma att innebära att möjligheten för medlemsländerna att ansöka om projektmedel kommer att upphöra tidigare.

<sup>18</sup> Innefattar alla typer av skadeorsaker exklusive självmordshandlingar, dvs. såväl hem-, fritids-, arbets- och trafikolycksfall som våldsrelaterade skador.

<sup>19</sup> Motsvarande databas i Danmark täcker ca 15 % av befolkningen.

### **Utgifter med anledning av ändring i tobakslagen**

Kommittén föreslår en lagändring i tobakslagen som innebär att restauranger och andra serveringsställen görs rökfria. Förslaget till ändring i tobakslagen innebär utgifter för tillsynsmyndigheter. För att täcka kostnader kan avgifter tas ut. Enligt kommitténs mening bör all kommunal tillsyn enligt tobakslagen kunna avgiftsbeläggas. Det gäller såväl redan befintlig tillsyn, t.ex. beträffande offentliga lokaler, som de tillsynsinsatser som föranleds av kommitténs förslag till skärpta regler om rökfritt i restauranger och andra serveringar. Således bör kommunerna kunna besluta om tillsynsavgifter enligt tobakslagen. Liksom för andra tillsynsavgifter bör de utgå enligt sedvanliga principer om självkostnad, likställighet m.m.

Tillsynsavgifterna innebär självfallet en utgift för näringsidkarna. Enligt kommittén kommer denna kostnadsökning att vara måttlig. Enligt kommunernas taxor för miljöskyddstillsyn utgör tillsynsavgifterna idag 250–800 kronor per timme för den faktiska tillsynen. Avgiften för livsmedelstillsyn i butiker varierar mellan 1 500–9 000 kronor per år, beroende på butikens storlek m.m. Det torde inte möta något hinder för kommunerna att besluta om differentierade taxor som också tar hänsyn till om tobakstillsynen samordnas med annan tillsyn. Sammantaget förutsätts för kommunernas del att intäkter av avgifter täcker de kostnader som finns för tillsyn.

Även näringsidkare kan ha utgifter i den mån man inrättar särskilda rum där rökning kan förekomma. Sådana rum krävs dock inte enligt lagen, utan är frivilliga för resp. näringsidkare. Kommittén ser därmed ingen anledning att beräkna några kostnader utan utgår ifrån att de är försumbara.

### **Utgifter med anledning av förslag till licenssystem för handel med tobak**

Kommittén föreslår att detaljhandel med tobaksvaror endast skall få bedrivas av den som erhållit säljtillstånd. Sådana tillstånd skall utfärdas av kommunen som också får besluta om villkor för tillståndet och om avgifter för handläggningen om frågor om säljtillstånd. Kommunen skall också besluta om återkallelse av säljtillstånd, t.ex. om en näringsidkare systematiskt säljer tobak till minderåriga. I första hand skall man dock söka åstadkomma rättelse genom varningar eller förelägganden och förbud som kan förenas med vite.

Det är ofrånkomligt att en effektivisering av den kommunala tillsynen kräver ökade resurser. Bl.a. blir det nödvändigt att upprätta

kommunala register över de säljställen för tobak som finns i kommunen. Även kommunernas handläggning av frågor rörande säljtillstånd kommer att kräva ökade resurser. Intäkter av avgifter förutsätts täcka dessa ökande kostnader.

### **Allmänna insatser med anledning av kommitténs förslag om tobak**

Kommittén har föreslagit ambitiösa mål för arbetet mot tobak i form av dels tidssatta mål för minskning av tobaksbruket i olika grupper, dels skärpningar av tobakslagen.

Kommittén anser att Folkhälsoinstitutet bör ha ett uppdrag att bedriva information till allmänheten om tobakens skadeverkningar och samordna och utvärdera det nationella och lokala folkhälsoarbetet med inriktning på tobaken. I arbetet bör ingå att informera krögare och tobaksdetaljister om ändringar i lagen. Femtio miljoner kronor bör sammantaget avsättas till opinionsbildning och information på nationell nivå. För att få kraft i en sådan informationsinsats är det angeläget att insatsen koncentreras under tre år i anslutning till att lagen ändras.

Yrkesgrupper som idag arbetar inom skolan, fritidsverksamheten, primärvården, barn- och mödrahälsovården m.fl. verksamheter behöver fortbildning och kompetensutveckling inom det tobakspreventiva området. Det behövs för att förbättra ordinarie tobakspreventivt arbete men också för att bygga upp kompetens så att tillgången på högkvalitativt rökslutarstöd kan förbättras. 10 miljoner kronor per år under fem år bör avsättas för kompetensutveckling av dessa grupper.

För närvarande satsas 10 miljoner kronor per år under tre år genom främst medel från Allmänna arvsfonden för att stimulera frivilligorganisationernas verksamhet. Detta stöd bör utvärderas. Mot bakgrund av utvärderingen bör beslut fattas om en eventuell permanentning av stöd till frivilligorganisationerna och nivån på stödet.

### **Kostnader för förslag inom alkoholområdet**

EU-medlemskapet har förändrat det som tidigare utgjorde viktiga delar av alkoholpolitiken. Sverige måste nu med nya medel försöka hejda den uppgång i alkoholkonsumtionen som kan befaras och därmed alkoholskadorna. Kommitténs uppfattning är att det behövs stora ekonomiska resurser för att möta hotet om en ökad totalkonsumtion i befolkningen och hos unga människor. Kommitténs mål är ett minskat skadligt alkoholbruk. Långsiktigt måste alkoholkonsumtionen minska. Punktnykterhet behövs i samband med graviditet, väg- och sjötrafik, på

arbetet och i idrotts- och motionssammanhang. Vidare måste berusningsdrickandet minska.

På åtgärdssidan bör staten ha en fortsatt stark kontroll av försäljningen av alkohol genom skatter, fortsatt monopol för Systembolaget och påverkan på EU. Det behövs också en skärpt tillsyn av åldersgränser, ordning på restauranger, uppsökande verksamhet i riskmiljöer och en reducerad tillgång på "svartsprit". Skolans förebyggande arbete kring alkohol behöver förbättras. Informationen genom olika myndigheter måste öka. Mödrahälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar och sjukvården i övrigt måste öka informationen kring alkoholens skadeverkningar. Apoteket AB bör också öka sin information till kunder om alkoholens påverkan på olika sjukdomar.

Vi bedömer att resursbehovet för preventiva insatser inom alkoholområdet är mycket stort. Vi finner dock inte skäl att redovisa explicita resursbehov. Vi utgår ifrån att den handlingsplan inom alkoholområdet som regeringen lägger fram inom kort kommer att anvisa medel för sådana insatser, inkl. medel för kompetensutveckling av yrkesverksamma inom området.

### **Uppdrag till Apoteket AB att informera sina kunder**

Idag förmedlas viktig hälsoinformation genom apoteken, som i princip når hela befolkningen. Denna uppgift regleras dock inte i det avtal som staten har upprättat med Apoteket AB utan sker på frivillig väg. I avtalet mellan staten och Apoteket AB bör det regleras att apoteken i sin verksamhet skall ha vissa uppgifter att ge saklig producentobunden hälsoinformation till sina kunder. I avtalet med staten bör också regleras att Apoteket AB skall ge ut sin information i samarbete med berörda myndigheter och att informationen skall vara språkligt och praktiskt tillgänglig för olika grupper i befolkningen.

Apoteket AB har uppskattat att kostnaden för satsningar på hälsoinformation i nämnda avseenden är ungefär 60 miljoner kronor per år. Beloppet omfattar inte särskilda åtgärder för att göra informationen språkligt och praktiskt tillgänglig. Staten bör beakta det nya uppdraget i avtalet med Apoteket AB när man bedömer de ersättningsformer som tillämpas för bolaget.

## 7.4 Sammanfattande bedömning

De ärftliga förutsättningarna för människors hälsa förändras ytterst långsamt. Det gör att de stora förbättringar som skett av den svenska folkhälsan under 1900-talet beror på hur vi enskilt och tillsammans tagit ställning till olika förhållanden som bestämmer hälsan. Allt talar för att en fortsatt positiv utveckling av folkhälsan är möjlig men inte given för alla utan förutsätter en politik som stimulerar mänsklig och ekonomisk tillväxt liksom solidaritet och demokrati i både direkt och representativ form.

Den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsan i Sverige är stor och består av både direkta vårdkostnader och indirekta kostnader för produktionsbortfall, förtidspensioner och sjukpenning. För närvarande ökar sjukförsäkringskostnader och läkemedelskostnader, vilket kan antas ha samband med bl.a. människors villkor i arbetslivet. Dessa villkor och andra bestämningsfaktorer för hälsan kan påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

Kommittén sätter genom förslagen till folkhälsomål fokus på ett stort antal bestämningsfaktorer för hälsan. Vi menar att åtgärder som inriktas på dessa faktorer främjar det allmänna hälsotillståndet i befolkningen och även förebygger specifika sjukdomar i viss omfattning. Effekterna av åtgärderna tar emellertid olika lång tid. Förbättringar när det gäller skador kan uppnås mycket snabbt medan förbättringar ifråga om t.ex. hjärt-kärlsjukdomar visar sig på lång sikt.

Folkhälsoarbete är både långsiktigt och flersektoriellt. Det vi gör idag har effekter i framtiden. Detta förhållande måste beaktas när beslut fattas om olika åtgärder. Att satsa resurser på folkhälsan innebär en investeringssituation. Intäkterna kommer vid en senare tidpunkt än kostnaderna. Med tanke på detta har Världsbanken myntat begreppet "Investera i hälsa" för att markera att människors hälsa är ett angeläget mål i sig, men också att finansiella resurser som satsas på hälsa stärker hela samhällets utveckling både socialt och ekonomiskt.

Kommitténs formella uppdrag är att föreslå nationella mål för folkhälsan. Ett annat uppdrag är att bidra till en process bland politiker och allmänhet som innebär att medvetenheten ökar om orsakerna till ohälsan i samhället och om åtgärder för att förbättra situationen. För att stimulera denna process föreslår vi att vissa resurser ställs till förfogande under en tre-femårsperiod enligt följande i miljoner kronor. Den genomsnittliga årliga summan ligger omkring 290 miljoner kronor.

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Utveckling av hälsoplaner m.m.	155	155	155	(155)	(155)
Utbildning av yrkesaktiva	3	3	3	(3)	(5)
Metodcentra inom hälso- och sjukvården	20	40	60	60	60
Nationellt skaderegister	2	2	2	4	4
Utgifter för kommunerna för ändring i tobakslagen	-	-	-	-	-
Utgifter för kommunerna för licenssystem ang. tobakshandel	-	-	-	-	-
Information m.m. med anledning av tobaksförslag	35	25	20	10	10
Uppdrag till Apoteket AB om information	60	60	60	60	60
Summa	275	285	300	292	294

Kommittén är medveten om att de föreslagna insatsernas finansiering inte har pekats ut konkret. Det är dock kommitténs övertygelse att vissa grundläggande satsningar för att bygga upp en infrastruktur för ett effektivt folkhälsoarbete i fortsättningen och särskilda medel mot tobak är en samhällsekonomiskt riktig och lönsam investering. Vi anser att vi därmed har följt våra direktiv, där det uttryckligen betonas att förslagen skall grundas på en samhällsekonomisk analys som visar att samhällsekonomin som helhet inte förlorar på förslagen när kostnaderna vägs mot nyttan av att genomföra målen och strategierna. Enligt direktiven skall förslagets ekonomiska effekter för staten, näringslivet, landstingen resp. kommunerna redovisas separat för resp. sektor. Detta har gjorts genom ovanstående uppskattning av kostnader i form av stöd till uppbyggnaden av infrastrukturen för folkhälsoarbetet och för att minska tobakens skadeverkningar.

Kommittén har inte bedömt det som möjligt eller ens nödvändigt att redovisa kostnader och vinster för övriga förslag som getts i form av utmaningar. Många av förslagen i utmaningarna kan rymmas inom befintlig ram. Andra kan förverkligas på sikt vid förändringar av olika verksamheter. Med en förstärkt infrastruktur, inkl. utbildning och metodutveckling inom folkhälsoområdet ökar möjligheterna för olika aktörer att införliva ett hälsofrämjande perspektiv i sin verksamhet. Kommittén har föreslagit mål och åtgärder för att förbättra folkhälsan, något som på sikt enligt vår mening är en investering både för människors hälsa och för samhällsekonomin i sin helhet.

## 8 Författningskommentar

### 8.1 Förslaget till folkhälsolag (2000:000)

#### 1 §

Kommittén anser det angeläget att genom lagstiftning markera folkhälsofrågornas betydelse och det ansvar som kommuner och landsting har var och en för sig och i samarbete när det gäller att arbeta för att förverkliga mål för folkhälsoarbetet. Kommittén har som ett huvuduppdrag haft att formulera nationella mål för folkhälsan och lämnar i betänkandet förslag till mål som gäller olika områden som är viktiga för folkhälsan.

Frågornas vikt bör markeras genom en särskild lagstiftning. Därför föreslår kommittén en folkhälsolag. Tillägg bör dessutom göras i socialtjänstlagen.

I folkhälsolagens inledande paragraf definieras folkhälsobegreppet enligt motiveringar i kommitténs båda betänkanden Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43) och Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1999:137). Även det nu aktuella betänkandet innehåller sådana motiveringar.

#### 2 §

I förslaget till folkhälsolag fastläggs landstingens och kommunernas ansvar för att främja folkhälsoarbetet. Kommittén ser landsting och kommuner som likvärdiga parter i ansvaret för folkhälsoarbetet och i samordningen kring detta även om de har olika roller. Landstingen har ett länsövergripande ansvar för hälso- och sjukvården och svarar för den epidemiologiska kunskapen om befolkningens hälsa samt har ansvar för regionala frågor med folkhälsoaspekter såsom länstrafik, kultur, stöd till organisationer och regionala utvecklingsprojekt. Kommittén utgår från att landstingen i sin verksamhet införlivar ett hälsofrämjande arbetssätt. Kommunerna genomför redan nu en rad viktiga

folkhälsoinsatser inom bl.a. förskola, skola, äldreomsorg, miljö- och hälsoskydd, stadsplanering och trafikplanering. Kommittén har fört fram förslag med syfte att understödja kommunernas pågående aktiviteter och stimulera till nya aktiviteter för att främja folkhälsan. Inom kommunernas verksamhetsområden finns viktiga bestämningsfaktorer för hälsan. Dessa bör särskilt uppmärksammas.

Nationella folkhälsomål syftar till att fungera som en inspirationskälla för landsting och kommuner men bör också innebära att huvudmännen mer tydligt preciserar hur man vill arbeta lokalt och samtidigt i samarbete utifrån ett helhetsperspektiv.

Det statliga ansvaret för att främja folkhälsa regleras i annan ordning, men kommenteras här eftersom ett väl fungerande samspel mellan olika nivåer är av avgörande betydelse för att förverkliga nationella mål för folkhälsan.

Folkhälsoinstitutet har ett viktigt ansvar när det gäller att åstadkomma ett effektivt och ändamålsenligt arbete med inriktning på de nationella folkhälsomålen. Folkhälsoinstitutet skall enligt förslag i SOU 2000:57 ges en roll som ansvarig för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet samt vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoarbetet. Regeringen, andra statliga myndigheter samt kommuner och landsting blir institutets viktigaste avnämare. Nationella folkhälsokommittén instämmer i förslaget vad gäller institutets roll där samspillet med statliga myndigheter, landsting och kommuner således är en viktig del. Den statliga nivåns ansvar för att samarbeta måste betonas likaväl som att landsting och kommuner förväntas fördjupa och utveckla sitt samarbete. Kommittén redovisar i betänkandet förslag till hur samordningen av arbetet på den statliga nivån bör ske.

Riksdag och regering bör anpassa verksstadgan, instruktioner och regleringsbrev till respektive myndighet med anledning av de förslag kommittén lämnar.

### 3 §

Kommittén föreslår att landsting och kommuner skall upprätta folkhälsoplaner som skall utvisa vilken verksamhet som skall bedrivas för att förebygga och främja hälsa. Vidare skall redovisas de åtaganden som planeras för att uppnå en bättre folkhälsa. Kommittén vill understryka att förslaget om folkhälsoplaner inte motiveras av något behov av statlig detaljstyrning och kontroll. Det viktiga för kommittén är att folkhälsoaspekterna av huvudmännens verksamheter tydliggörs och att folkhälsoarbetet utvecklas.



Kommitténs överväganden i denna del har en bakgrund i uppdraget att ange nationella mål. En uppföljning och utvärdering av målen är avgörande för att markera den politiska tyngd som avses och för att ge möjlighet att på nationell nivå följa utvecklingen. I förslaget om Folkhälsoinstitutets nya uppgifter ingår bl.a. att institutet skall ta fram en regelbundet återkommande folkhälsopolitisk rapport. En stor del av underlagen för denna uppföljning och utvärdering förutsätts komma från landsting och kommuner och grunda sig på det egna arbetet med att följa upp och utvärdera insatser inom folkhälsoområdet. Folkhälsoplaner kan medverka till angivna underlag men också till att landsting och kommuner stimuleras till att tydligare precisera hur man vill arbeta lokalt. Detta bör t.ex. betyda att man bryter ner de nationella folkhälsomålen till lokal nivå och med hänsyn till lokala förutsättningar.

Många landsting och kommuner arbetar idag med eller planerar för välfärdsbokslut, hälsokonsekvensbedömningar, hälsobudgetar eller hälsoplaner. Enligt kommitténs bedömning bör man ha en bred definition av plan och som innefattar dessa typer av dokument. Eftersom arbetet kring folkhälsa måste ske med stor hänsyn till lokala förhållanden och till att det i hög grad är fråga om ett utvecklingsarbete bör man i dagsläget inte närmare formalisera eller reglera planarbetet. Folkhälsoplaner bör enligt kommitténs uppfattning revideras med lämpliga intervaller.

#### 4 §

För att kunna arbeta effektivt för att förverkliga de nationella målen för folkhälsa måste, som påtalats, en effektiv samverkan ske. Landsting och kommuner har ett ansvar att samverka med såväl myndigheter som organisationer och enskilda i samband med upprättandet av folkhälsoplanerna. Folkhälsoarbetet är inte begränsat till landsting och kommuner utan det pågår arbete i organisationer, i ideella föreningar och i andra sammanslutningar som har stor betydelse. Befolkningsperspektivet måste vara en central utgångspunkt för folkhälsoarbetet.

#### 5 §

Med hänsyn till folkhälsoarbetets betydelse och spännvidd bör planerna beslutas av kommunfullmäktige respektive landstingsfullmäktige.

## 6 §

Som framhållits (3 §) skall det ske en nationell utvärdering av folkhälsomålen. Myndighet som regeringen bestämmer skall ha rätt att begära in landstingens och kommunernas planer och uppgifter om verksamhet inom folkhälsoområdet.

## 8.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

### 5 §

I 5 § socialtjänstlagen har kommittén föreslagit ett tillägg med innebörden att det skall höra till socialnämndens uppgifter att främja förutsättningarna för hälsa. Enligt kommittén ligger denna uppgift nära uppgiften som socialnämnden redan har att främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. Såväl hänsynen till hälsa som till goda levnadsförhållanden ingår på ett naturligt sätt i socialnämndens roll.

De bestämningsfaktorer för befolkningens hälsa som kan påverkas genom socialtjänstens verksamhet är flera. I betänkandet påtalas effekterna av fattigdom, segregation, isolering och brist på gemenskap som mycket viktiga faktorer för människors hälsa. Inom dessa områden kan socialtjänsten på olika sätt verka förebyggande och därmed främja folkhälsan.

Det kan handla om att främja stödjande miljöer för olika grupper, som barn och ungdom, ensamstående föräldrar, äldre, funktionshindrade, invandrarkvinnor, personer med missbruk m.fl.

Att ge äldre och funktionshindrade service och god omsorg tillhör socialtjänstens skyldigheter. För att främja hälsa och motverka försämring av olika funktioner behandlas i betänkandet betydelsen av att få komma ut varje dag. Det är ett exempel på en hälsofrämjande uppgift att de som får service och omsorg genom socialtjänstens försorg kan ges en sådan möjlighet. Ett annat exempel som kommittén behandlar är vikten av god mathållning för att behålla hälsan. Vissa äldre kan vara i behov av att få sin mat tillagad i det egna hemmet.

Socialtjänstens skyldighet att delta i samhällsplaneringen kan innebära att påtala barns och äldres behov av tillgängliga grönområden nära sin bostad. Möjligheten till lek och rörelse för barn och till stimulans och fysisk aktivitet för äldre genom en god miljö i närområdet är också exempel på hälsofrämjande insatser som redovisas i betänkandet.

En annan hälsofrämjande åtgärd från socialtjänstens sida är att identifiera och göra insatser i miljöer som präglas av uppenbara riskfaktorer, t.ex. miljöer där alkohol, tobak eller andra droger förekommer bland barn och unga.

Kommittén vill understryka att det redan pågår mycket av hälsofrämjande verksamhet inom socialtjänstens verksamhetsområden, men anser att ett tillägg i § 5 understödjer ansvaret för det.

Kommittén vill erinra om att regeringen i propositionen om socialtjänstlagen anförde att syftet med 5 § inte var att närmare reglera det sätt på vilket socialnämnden skulle fullgöra sina uppgifter, vilket innebär att verksamhetens inriktning och utformning i stor utsträckning får bedömas med utgångspunkt från behovsstrukturen i kommunen (prop. 1979/80:1 s. 157 och 525.) Enligt kommitténs uppfattning bör detta gälla också för den tillkommande uppgiften om *hälsan*.

### 8.3 Förslaget till lag om ändring i tobakslagen (1993:581) med avseende på restauranger och andra serveringslokaler

#### Allmän motivering

##### Sammanfattning

Kommittén föreslår att restauranger och andra serveringsställen görs rökfria. Även dessa lokaler skall alltså omfattas av den grundregel om rökfritt som gäller för andra lokaler dit allmänheten har tillträde.

Liksom i fråga om sådana lokaler, bör det öppnas en möjlighet att tillåta rökning i någon eller några delar av lokalerna som särskilt avsätts för detta. Rökning bör således kunna tillåtas i något eller några rum i en restaurang eller motsvarade. Någon skyldighet att tillåta rökning skall dock aldrig föreligga.

Att särskilda rum avsätts för rökning innebär att servering eller annan verksamhet inte skall bedrivas där. Rökning kan vidare endast tillåtas i ett rum varifrån röken inte sprids till övriga delar av lokalen.

### **Allmän motivering till lagförslaget**

Sedan början av 1980-talet har en rad vetenskapliga rapporter sammankopplat exponering för tobaksrök i miljön med ökad risk för allvarliga sjukdomar. Det mesta av cigarettroken går inte till rökaren själv utan till omgivningen. Man finner samma sorters skador av passiv rökning som av aktiv, dvs. ökad risk för luftvägssjukdomar, cancer i andningsvägarna, hjärt-kärlsjukdom, stroke m.m. Riskens storlek avgörs av koncentrationen av rök i luften och exponeringens längd och intensitet. Icke-rökare som sammanbor med rökare löper en ca 20–25 % förhöjd risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom eller lungcancer. En beräkning på grundval av amerikanska forskningsrön tyder på att antalet personer som dör till följd av passiv rökning i Sverige varje år torde ligga mellan 600 och 800. Den siffra som annars brukar nämnas är att omkring 500 personer dör av passiv rökning i vårt land.

Personer med astma, allergi eller känsliga luftvägar drabbas ofta av mer eller mindre allvarliga symtom till följd av passiv rökning. Exponering för miljötobaksrök ger dock ofta upphov till olika slag av obehag och besvär även hos personer som inte är överkänsliga. Det gäller besvär som andningssvårigheter, nästäppa, hosta, rinnande ögon och huvudvärk. Restauranger och caféer är de miljöer där människor numera besväras mest av passiv rökning.

#### *Passiv rökning som arbetsmiljöfråga*

Tobaksrök innehåller över 4 000 olika kemiska ämnen, varav ungefär ett femtiotal är cancerframkallande. Ett par av dessa ämnen, när de förekommer i annan form än i tobaksrök, är f.n. totalförbjudna i arbetsmiljön. Dessa förbud är absoluta och kan alltså inte förhandlas bort eller negligeras med hänvisning till att arbetstagare frivilligt accepterar att utsättas för risker. Mot denna bakgrund kan man anse att det borde råda totalt förbud mot rökning i arbetslokaler.

Vid tobakslagens tillkomst bedömdes dock ett absolut rökförbud på arbetsplatser som alltför långtgående. I stället infördes en regel om rökfri arbetsmiljö. Enligt denna svarar arbetsgivaren för att en arbetstagare inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök i den arbetslokal eller det liknande utrymme där arbetstagaren är verksam. Regeln gäller dock inte i serveringslokaler.

Rätten till rökfri arbetsmiljö måste ibland vika för andra hänsyn. Den är exempelvis inte möjlig att upprätthålla när någon utför arbete i en enskild persons hem, t.ex. inom hemtjänsten, där skyldigheten att ge vård eller omsorg enligt socialtjänstlagen tar över. Det kan dock ifråga-

sättas om hänsynen till restauranggästers önskan att röka bör väga tyngre än serveringspersonalens rätt till rökfri arbetsmiljö. Serveringspersonalens exponering för tobaksrök torde också vara mer intensiv och långvarig än vad som gäller för t.ex. hemtjänstpersonal. Det finns heller inte samma möjligheter att t.ex. genom schemaläggning tillgodose enskilda anställdas önskemål att slippa utsättas för miljötobaksrök.

I amerikanska studier från början av 1990-talet har man jämfört graden av passiv rökning i olika arbetsmiljöer. Man fann bl.a. att restaurangpersonal exponerades för miljötobaksrök i 1,5 till 2 gånger högre grad än kontorsanställda eller icke-rökare i hem med en rökare. I barmiljö var nivåerna upp till sex gånger högre. Man konstaterade också att restauranganställda (efter korrigering för aktiv rökning) hade en 50 procent förhöjd risk för lungcancer, som delvis kunde hänföras till exponeringen för passiv rökning. Man har också studerat hur införandet av rökförbud på restauranger har påverkat personalens hälsa. Studier har gjorts bland bartendrar i Kalifornien, före och efter att rökning där förbjöds i barer. Fysiologiska tester av lungkapacitet och symptom från andningsvägarna visade att luftvägshälsan snabbt förbättrades när barerna gjordes rökfria.

#### *Allmänhetens inställning till rökfritt på restauranger*

Ibland måste lagstiftningsinstrumentet användas för att skydda människors hälsa, även om det inte finns någon allmän opinion eller tydlig acceptans i befolkningen för åtgärden. När det gäller rökning på restauranger är den passiva rökningen så farlig att den motiverar en lagändring för att skydda främst de anställda. Samtidigt är krogmiljön av tradition en miljö som många förknippar med rökning. För att få acceptans i befolkningen för en striktare lagstiftning är det viktigt att åtgärderna är någorlunda förankrade i människors allmänna värderingar.

Flera opinionsundersökningar som gjorts nyligen visar att den allmänna opinionen blir alltmer positivt inställd till rökfritt på restauranger. En majoritet av svenska folket besvärar sig av andras tobaksrök i café- och restaurangmiljön och man vill därför ha helt rökfritt eller rökfria delar av restaurangerna. Det tycks numera finnas en tillräckligt stor allmän acceptans för en skärpning av tobakslagen för att det skall vara möjligt att genomföra.

*Lagstiftning i andra länder*

Flera länder, främst i Västeuropa och i den anglosachsiska världen, har redan lagstiftning som förbjuder eller begränsar rökning på restauranger.

I *Finland* skärptes tobakslagen i april 1999 bl.a. genom att tobaksrök officiellt klassificerades som cancerframkallande. Därmed förbjöds tobaksrökning – som komplement till det tidigare förbudet mot rökning i offentliga lokaler – på arbetsplatser ”i gemensamma och allmänna samt för kunder avsedda lokaler” samt ”vid bardisken och i spelutrymmen i restauranger och andra förplägnadsrörelser, om det inte annars kan förhindras att arbetstagarna där exponeras för tobaksrök”.

Rökning får dock tillåtas ”i restauranger och andra förplägnadsrörelser vilkas serveringsutrymme är mindre än 50 m<sup>2</sup>. Av ett serveringsutrymme som är större får högst 50 procent reserveras för rökare. Tobaksrök får härvid inte sprida sig till det område där tobaksrökning är förbjuden”. Reglerna trädde i kraft den 1 mars 2000. Fram till den 1 juli 2001 finns dock övergångsbestämmelser som gör det möjligt att tillåta rökning i utrymmen upp till 100 m<sup>2</sup> samt att reservera upp till 70 procent av större utrymmen för rökare.

I *Norge* gäller fr.o.m. den 1 januari 1998 att ”tobaksrøyking kun tillates ved intill halvparten av bordene og sitteplassene i lokalet. Røykesonen skal...være plassert slik at publikum ikke må gå igjennom denne for å komme till røykeforbudssoenen”. Såväl rökzon som rökförbudszon ”skal være tydelig skiltet eller tydelig markert på annen måte”. Vidare skall lokalerna ”ha tilførsel og avtrekk av luft på en måte som motvirker at tobaksrøyk overføres till røykeforbudsone eller til områder som skal være røykfrie”. Samma bestämmelser gäller f.ö. även ”ved disk der det foregår kjøp/salg/utlevering av mat og /eller drikke”.

I *Frankrike, Belgien, Schweiz* och en del andra länder i Västeuropa gäller i allmänhet lagstiftning eller frivilliga överenskommelser som innebär vissa begränsningar av rökningen i serveringar. Ofta anges att restauranger av viss storlek skall ha rökfria bord eller rökfria zoner.

I *USA* regleras rökning på restauranger och liknande i allmänhet genom kommunal eller delstatlig lagstiftning. Vid mitten av 1990-talet hade mer än 35 amerikanska städer infört total rökfrihet på restauranger, och utvecklingen fortsätter i samma riktning. Fr.o.m. 1995 förbjöds exempelvis rökning i praktiskt taget samtliga restauranger i staden New York, och 1998 förbjöds rökning i restauranger (inkl. barer) i hela delstaten Kalifornien.

I *Kanada* har minst 40 kommuner infört föreskrifter om rökfritt på restauranger. I delstaten British Columbia trädde i år en delstats-

lagstiftning i kraft, som föreskriver att restauranger och barer skall vara rökfria.

Även i andra delar av världen förekommer regler som begränsar rökningen i restauranger. *Nya Zeeland* har t.ex. sedan 1990 en lag som föreskriver att restauranger med ett rum måste hålla halva rummet rökfritt medan restauranger med flera rum måste hålla minst ett av dessa rökfritt. I *Malaysia* och *Singapore* är rökning förbjuden i lokaler (inkl. restauranger) som har luftkonditionering.

I *Australien* införde delstaten New South Wales (omfattande bl.a. Sydney) från september år 2000 med omedelbar verkan rökförbud på alla caféer och restauranger. Barer och uteserveringar är undantagna, men förbudet gäller i köpcentra, i gallerior och på kasinon. Även pubar, nattklubbar och hotell omfattas, men har fått tolv månader på sig att genomföra förändringen. Personer som bryter mot rökförbudet straffas med böter på motsvarande 3 000 kronor. Föreståndare för restauranger och caféer där gäster tillåts röka kan få böter på 6 000 kronor, medan det företag som äger näringsställena kan avkrävas böter på motsvarande 30 000 kronor.

Det är ännu för tidigt att uttala sig om resultaten av de lagskärpningar som nyligen skett i våra grannländer Norge och Finland. Erfarenheterna av rökfritt på restauranger har dock studerats i främst USA. En serie studier som utförts vid University of California har t.ex. visat att införandet av rökfritt inte haft någon negativ inverkan på turistnäringen i delstaten. Rökförbudet hade heller ingen negativ effekt på besöksfrekvens, försäljning eller lönsamhet inom restaurangbranschen. Snarare har man – t.ex. i en motsvarande studie av rökförbudet i New York – funnit ökad tillströmning av gäster när miljön görs rökfri.

#### *Remissinstansernas svar på kommitténs fråga om rökfritt på restauranger*

I sitt delbetänkande "Hälsa på lika villkor" (SOU 1999:137) lyfte kommittén bl.a. fram tolv riktade diskussionsfrågor som man önskade få särskilt belysta av remissinstanserna. En av dessa frågor gällde rökfritt på restauranger. Kommittén skrev:

"För att minska den passiva rökningen för restaurangpersonal och obehaget för många gäster, samt att förhindra att ungdomar börjar röka genom att de besöker caféer och restauranger, har kommittén formulerat två alternativa förslag. Det ena alternativet innebär total tobaksfrihet på alla restauranger och caféer och det andra alternativet innebär i princip tobaksfritt, men att det är tillåtet att röka i en viss del av lokalen om det inte stör andra gäster. Vilket alternativ för tobaksfritt på restauranger tror ni är lämpligast?"

Under remissförfarandet på betänkandet inkom ca 240 remissvar. Av dessa valde drygt 80 att kommentera frågan om rökfrihet på restaurang. Bland dessa är en majoritet mer eller mindre tydligt uttalat för ett totalförbud avseende tobaksrökning på restaurang. Resten förordar alternativ två utom i några få fall. Kommentarererna från instanserna skiljer sig åt. Här redovisas några exempel.

Arbetskyddsstyrelsen ser framför allt till de negativa konsekvenser som rökning har på personalens arbetsmiljö. Folkhälsoinstitutet anser att restauranger bör omfattas av samma regler som andra gemensamhetslokaler, eventuellt med möjlighet till begränsade undantag. Motivet är restauranganställdas rätt till rökfri arbetsmiljö, att restaurangmiljön fungerar som trendsättare för ungdomar och att restauranger bör vara tillgängliga för dem som får obehag eller besvär av rökig luft.

Flera instanser, såsom, Cancerfonden, Hjärt-Lungfonden och Hjärt- och Lungsjukas riksförbund, anger solidariska och sjukdomsförebyggande skäl. Hjärt- och Lungsjukas riksförbund säger att "lojaliteten med de som inte röker, allergiker, lungsjuka och andra som inte tål att vistas i rökiga miljöer samt alla som arbetar inom restaurangbranschen, måste vara större än att tillgodose nikotinbegäret hos minoriteten av befolkningen som röker".

Flera instanser anser att det är en rättighet, och en självklarhet att en miljö där man intar mat och dryck inte skall utsättas för rök. TCO och Vårdförbundet förespråkar rökfrihet på restauranger. LO har inställningen att rökfrihet på restauranger är en viktig arbetsmiljöfråga.

Flera kommuner och landsting förespråkar att rökning på restauranger förbjuds. De skäl som anges varierar, men oftast handlar det om rättigheten för alla människor – och restauranganställda i synnerhet – att vistas i en rökfri miljö. De kommuner och landsting som förordar rökfrihet är landstingen i Kronoberg, Halland, Kalmar, Västra Götaland, Uppsala län, Värmland, Västmanland och Västernorrland, samt Borlänge, Enköpings, Falkenbergs, Finspångs, Forshaga, Helsingborgs, Laholms, Oxelösunds, Sollefteå, Sunne, Umeå och Västerås kommuner.

Många kommuner, länsstyrelser och landsting vill ha rökfrihet och en skärpning av tobakslagen, men är tveksamma till totalförbud. Det gäller t.ex. för Eskilstuna, Gnosjö, Göteborgs, Karlstads, Kungälv, Linköpings, Luleå, Uddevalla, Trollhällans och Söderköpings kommuner, länsstyrelsen i Skåne och Västerbottens län, samt landstingen i Jönköping, Sörmland, Östergötland, Norrbotten och Örebro.

En instans är helt emot förändringar av tobakslagen. Det är Sveriges Hotell- och Restaurangägare som anser att nuvarande lagstiftning är fullt tillräcklig, och pekar på hur ett tobakspreventivt arbete i mycket kan byggas på frivillighet.



### Kommitténs överväganden och förslag

Kommittén föreslår att tobakslagen skall ändras så att rökning på restauranger och andra serveringsställen förbjuds. Förslaget motiveras av hänsyn till personalen och av hänsyn till gästerna. Passiv rökning innebär allvarliga hälsorisker vid långvarig exponering. Tobakslagen innehåller en regel om att arbetsgivaren skall svara för att ingen arbetstagare mot sin vilja utsätts för passiv rökning i den lokal där han är verksam. Denna regel har dock hittills inte gällt serveringsutrymmen.

Kortvarig exponering kan också innebära mer begränsade hälsorisker eller obehag, i synnerhet för personer med astma/allergi, känsliga luftvägar eller andra särskilda svårigheter. Kommittén anser det därför rimligt att rökning är förbjuden i lokaler som skall vara tillgängliga för alla. Tobakslagen innehåller redan förbud mot rökning i t.ex. allmänna färdmedel, lokaler där det anordnas allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar, samt i lokaler dit allmänheten har tillträde (frånsett särskilda rum eller utrymmen som särskilt avsatts för rökning i delar av lokalerna).

Tobakslagen innehåller också ett än mer strikt förbud mot rökning i lokaler för barn och ungdom. Så tillåts rökning t.ex. inte i skolor t.o.m. gymnasienivån. Skyddet för barn och ungdom är också mer långtgående genom att även omfatta miljöer utomhus, t.ex. skolgårdar.

De allvarliga hälsoriskerna av passiv rökning är således i första hand ett hälsoproblem för dem som arbetar i rökiga lokaler. Om normal arbetarskyddslagstiftning skulle tillämpas på miljötobaksrök, skulle rökning vara totalt förbjuden i alla arbetslokaler, eftersom röken innehåller ämnen som är cancerframkallande. När tobakslagen tillkom bedömdes dock att ett totalt förbud mot rökning i arbetslokaler skulle vara en alltför långtgående åtgärd. I stället infördes, som framgått, en lagregel som ålägger arbetsgivare att se till att ingen mot sin vilja utsätts för passiv rökning i sin arbetslokal. Det gjordes därvid undantag för restauranger och andra serveringsställen.

Nuvarande regler för rökning i restauranger innebär att serveringsställen med 50 sittplatser eller mer skall hålla en del av platserna rökfria. För serveringsställen med färre platser är det innehavarens sak att avgöra om rökning skall tillåtas, och i så fall i vilken utsträckning.

Kommittén finner inget skäl till att reglerna för rökning i restauranger och andra serveringslokaler skall vara mer tillåtande än de regler som gäller för andra lokaler dit allmänheten har tillträde. Restaurangerna har av tradition varit en miljö där rökning varit tillåten, men detsamma gäller för många andra miljöer, t.ex. sammanträdesrum, arbetsplatser, olika slag av väntrum och vissa allmänna färdmedel, som numera är rökfria. Det står klart att en stor del av restaurangbesökarna

besväras av den rökiga miljön, medan de som anser att rökning skall vara helt tillåten utgör en minoritet.

Det har framförts farhågor om att rökfri miljö på restaurangerna skulle innebära ett bortfall av kunder och därmed innebära ett ekonomiskt avbräck för näringsidkarna. Utländska erfarenheter ger dock inget stöd för sådana farhågor. Man kan vidare utgå ifrån att en rökfri miljö på restauranger bör innebära ett tillskott av kundgrupper som idag undviker att gå på restaurang därför att miljön är rökig, t.ex. personer som är känsliga för rök, barnfamiljer m.fl. Det faktum att en stor majoritet av befolkningen numera är rökfri talar i samma riktning.

Kommittén föreslår således att restauranger och andra serveringsställen skall omfattas av den grundregel om rökfritt som gäller för andra lokaler dit allmänheten har tillträde. Liksom i fråga om dessa lokaler, bör det öppnas en viss möjlighet att tillåta rökning i någon eller några delar av lokalerna som särskilt avsätts för detta. Av hänsyn till att lokalerna är arbetsplatser bör dock möjligheterna att tillåta rökning begränsas i något större utsträckning än för andra allmänna lokaler. Det är också viktigt att tillsynsverksamheten skall vara så enkel som möjligt. Således bör rökning endast kunna tillåtas i separata rum som särskilt avsätts för rökning. Sådana rum skall vara beskaffade så att röken inte sprids till övriga delar av lokalen. Ett rum där rökning tillåts skall vidare vara beläget så att arbetstagare och gäster inte måste vistas där eller passera genom det för att nå andra delar av lokalerna eller liknande. Att dessa rum särskilt avsätts för rökning innebär således även att servering eller annan verksamhet inte skall bedrivas där.

Dessa krav kan självfallet innebära vissa kostnader för t.ex. ombyggnad för den som inrättar ett rökrum. Detta får beaktas vid näringsidkarens överväganden om huruvida rökning skall tillåtas. Kommitténs förslag innebär dock ingen skyldighet för någon näringsidkare att inrätta rökrum. Mot denna bakgrund finner kommittén att någon närmare beräkning av kostnaderna för detta inte erfordras från kommitténs sida.

## Författningskommentar

### 2 § första stycket 6 - 7

Punkten 6 ersätter de nuvarande bestämmelserna i 4 § andra stycket enligt vilka serveringslokaler, restauranger och serveringställen undantas från rökförbudet enligt bestämmelserna i 2 § sista stycket. Ändringen innebär att denna punkt tillförs en bestämmelse om rökförbud i restauranger och serveringställen. Hänvisningen i 7 innebär i sak ingen förändring.

### 4 § andra stycket

Ändringen innebär att andra stycket utgår. Bestämmelsen i paragrafen kommenteras i kommentaren till 2 § första stycket 6 och 6 §.

### 6 §

Restauranger och andra serveringställen skall omfattas av grundregeln om rökfrihet som gäller för andra lokaler dit allmänheten har tillträde. Liksom ifråga om dessa lokaler bör det öppnas en viss möjlighet att tillåta rökning i något eller några rum i lokalerna, som särskilt avsatts för detta. Rökning kan dock endast tillåtas där lokalernas beskaffenhet gör det möjligt att förhindra att röken sprids till andra delar av lokalen, dvs. i ett särskilt rum. Sådana rum skall vara belägna så att det inte är nödvändigt för arbetstagare eller besökare att vistas i dem eller passera genom dem för att nå andra delar av lokalerna. Att rum avsätts för rökning innebär vidare att servering eller annan verksamhet inte skall bedrivas där. Detta hindrar dock inte att tillfälliga arbetsinsatser, t.ex. städning, får ske när rökning inte pågår i lokalen.

Bestämmelsen har i paragrafen utförligt kommenterats i den allmänna motiveringen.

## 8.4 Förslaget till lag om ändring i tobakslagen (1993:581) med avseende på licenssystem för detaljhandel med tobak

### Allmän motivering

#### Sammanfattning

Kommittén föreslår att detaljhandel med tobaksvaror endast skall få bedrivas av den som erhållit *säljtillstånd*. Sådana tillstånd skall utfärdas av kommunen som också får besluta om villkor för tillståndet och om avgifter för handläggningen om frågor om säljtillstånd. Kommunen skall också besluta om återkallelse av säljtillstånd, t.ex. om en näringsidkare systematiskt säljer tobak till minderåriga. I första hand skall man dock söka åstadkomma rättelse genom varningar eller förelägganden och förbud som kan förenas med vite.

Kommittén föreslår också att det öppnas möjlighet för kommunerna att ta ut avgifter för sin tillsyn enligt tobakslagen.

#### Allmän motivering till lagförslaget

Tobakshandel är sedan 1960-talet en s.k. fri näring, vilket innebär att i princip alla näringsidkare kan sälja tobak. Tobaksvaror har också blivit en av de mest lättillgängliga produkterna i samhället och säljs inte enbart i tobaksaffärer utan även i livsmedelsbutiker, kiosker, bensinstationer, restauranger, gatukök osv.

Före 1960-talet rådde helt andra förhållanden. Från år 1915 fanns ett statligt monopolföretag, Svenska Tobaksmonopolet, som under lång tid hade ensamrätt på produktion, import och partihandel av tobak. Under 1940-talet och en tid därefter hade monopolet även kontroll över detaljhandeln, genom att tobaksvaror endast fick säljas av återförsäljare som i särskild ordning hade "antagits" av monopolet. Under denna tid såldes tobak således endast i speciella tobaksaffärer. Det statliga monopolet avskaffades under 1960-talet, varvid tobaksvaror i ökande grad började saluhållas av andra butiker, t.ex. användes cigaretter som särskild lockvara i vissa klädbutiker.

Den ökade kunskapen om rökningens skadeverkningar har därefter lett till vissa restriktioner för detaljhandeln med tobak. Ett exempel på detta är att marknadsföring av tobaksvaror på säljställen endast får ske med iakttagande av s.k. särskild måttfullhet. Den hittills mest långt-

gående förändringen skedde då det genom en ändring av tobakslagen fr.o.m. år 1997 infördes ett förbud mot att sälja tobaksvaror till barn under 18 år.

Tillgängliga data tyder dock på att åldersgränsen inte efterlevs på ett tillfredsställande sätt. I den undersökning om skolelevers drogvanor som årligen genomförs av CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) framgår t.ex. att en majoritet av tobaksanvändarna i grundskolans årskurs 9 även efter år 1997 själva kan köpa tobak. År 1999 uppgav t.o.m. fler ungdomar än tidigare (över 80 % av de som röker) att de vanligen köpte sina cigaretter själva. De särskilda utvärderingar som gjorts i anslutning till åldersgränsens införande tyder visserligen på att den lagfästa åldersgränsen efterlevs något bättre än den frivilliga åldersgräns som en del butiker började tillämpa under åren 1995–1996, men förändringarna är små. I provinköpsstudier före år 1997 ledde drygt 90 % av försöken till att minderåriga kunde köpa, medan motsvarande siffra i studier efter år 1997 låg på drygt 80 %.

Den omedelbara tillsynen över att åldersgränsen efterlevs åvilar kommunen, medan länsstyrelsen svarar för den regionala tillsynen. Den centrala tillsynsmyndigheten, Socialstyrelsen, lät år 1998 genomföra en studie av hur tillsynen organiserats och fungerar. Resultaten visar att tillsynen sker med varierande intensitet på såväl läns- som kommunnivå. Få länsstyrelser arbetar aktivt med den nya uppgiften. Länsstyrelserna har inte under 1998 och 1999 avsatt några särskilda medel för uppgiften. Flertalet länsstyrelser önskar någon form av stöd, t.ex. ekonomiska resurser eller handledning, för att genomföra uppdraget. Inom kommunerna finns stora variationer med avseende på hur tillsynen praktiskt genomförs. I cirka en femtedel av kommunerna bedrivs tillsyn vid externa klagomål. I resterande kommuner sker tillsynen aktivt. Vanligt förekommande är att tillsynen sker i samband med annan tillsynsverksamhet. Det är en mindre andel (ca 15 %) av de kommunala nämnderna som avsatt nya medel för tillsynen. Merparten av kommunerna (77 %) saknar register över försäljningsställen för tobak i kommunen. Kommunerna beskriver ofta att det saknas tillräckliga resurser för ett effektivt tillsynsarbete.

Det är självfallet orealistiskt att tro att åldersgränser kan tillämpas fullt ut. Det är svårt för affärsanställda att bedöma ungdomars ålder, i synnerhet i stressade arbetssituationer. Precis som när det gäller andra åldersgränser, kommer åldersgränsen för tobaksvaror inte att kunna tillämpas så strikt att inte några ungdomar någon gång kan köpa tobak innan de uppnått den lagstadgade åldern. Det är trots detta mycket angeläget att tillgängligheten för ungdomar begränsas.

Av erfarenhet vet man att det finns en del handlare som mer eller mindre avsiktligt negligerar åldersgränsen och regelbundet säljer tobak

till minderåriga. I vissa fall torde det röra sig om handlare som är oseriösa även i övrigt, t.ex. genom att sälja smugglade eller stulna tobaksvaror. Såväl smugglingen av tobak som stölder av tobaksvaror har – såvitt man kan bedöma – ökat under senare år. De åtgärder som vidtogs under år 1998 för att motverka smuggling hade uppenbarligen viss effekt i fråga om den verksamhet som bestått i postorderköp (t.ex. via Internet) och gränshandel. Däremot finns det inga direkta tecken på att den storskaliga kriminella smugglingen skulle ha minskat.

#### *Erfarenheter i andra länder*

Licens- eller tillståndssystem för detaljhandel med tobak finns för närvarande i flera länder. De varierar dock avsevärt vad gäller såväl motiven till som i fråga om utformningen av systemen.

I Frankrike finns ända sedan 1800-talet ett nationellt monopol för tobakshandeln. Tobak säljs enbart i "bureaux de tabac" av detaljhandlare som godkänts av landets finansdepartement samt i viss utsträckning av restauranger som har en särskild licens. All distribution sköts i praktiken av ett nationellt företag. Systemet anses vara en viktig förklaring till att cigarettsmugglingen i Frankrike har väsentligt mindre omfattning än i grannländerna, trots att dessa i allmänhet har lägre cigarettpriser än Frankrike.

I USA har 46 delstater bestämmelser om licenskrav för detaljhandel med tobak. Ofta är de av rent administrativ karaktär. Åtminstone fyra delstater, däribland t.ex. Utah och Massachusetts, har dock bestämmelser som innebär att en licens kan återkallas om handlaren säljer tobak till minderåriga. Ytterligare stater har regler om indragning av licens på grund av andra brott. I Australien finns delstatliga system med licenskrav för detaljhandel och även partihandel med tobak. Alla delstater har något slag av licenssystem och avgifterna ger ofta betydande inkomster. Motsvarande system finns även i några delstater i Kanada. Licenssystemen är ofta av administrativ karaktär och syftar till att ha kontroll över detaljhandeln i syfte att underlätta och finansiera tillsynen. Straffen för försäljning till minderåriga utgörs mestadels av böter och ibland tillfälliga försäljningsförbud.

#### *Begränsningar i handeln med andra varor eller tjänster*

Det är inte ovanligt att samhället reglerar handeln med varor eller tjänster som kan vara förknippade med risker för t.ex. hälsa eller miljö. Ett exempel som har många paralleller med tobakshandeln gäller

detaljhandeln med alkoholdrycker. Försäljning av alkohol får endast ske i särskilda butiker tillhöriga ett statligt monopolföretag, Systembolaget AB. Även tillverkning, import, utskänkning etc. är strikt reglerade och bl.a. förenade med tillståndstvång. Detaljhandelsmonopolet är en grundsten i den svenska alkoholpolitiken och har kraftfullt försvarats mot nya utmaningar, bl.a. i EG-domstolen.

Ett annat exempel gäller läkemedel, som endast får säljas i inrättningar som tillhör ett statsägt monopolföretag, Apoteket AB. Monopolet gäller även receptfria läkemedel. Det finns vidare omfattande regleringar som gäller saluhållande av livsmedel, bl.a. regleras lokalernas beskaffenhet, personalhygien m.m. Detaljhandelslokaler, dvs. livsmedelsbutiker och dylikt, skall efter särskild ansökan godkännas av en tillsynsmyndighet (t.ex. kommunal nämnd) för att få tas i bruk. Överlåtelser, ombyggnader etc. måste anmälas till tillsynsmyndigheten som också har rätt att ta ut avgifter för tillsynen.

Ett annat exempel gäller solarier. För innehav och användning av solarium, annat än privat i hemmet, krävs tillstånd från Statens strålskyddsinstitut (SSI) enligt strålskyddslagen (1988:220). För s.k. kosmetiska solarier krävs inget tillstånd, men den som bedriver verksamhet där solarium upplåts till allmänheten skall se till att de regler som meddelats i en särskild förordning från SSI (SSI FS 1988:2) följs. Verksamheten skall bl.a. anmälas till resp. kommuns miljö- och hälsoskyddsförvaltning eller motsvarande. Råd och information, utformat enligt SSI:s förordning, skall finnas anslaget på eller intill varje solarium. SSI kan överlåta tillsynen över efterlevnaden till en kommun, om kommunen frivilligt åtar sig denna tillsyn. För sådan tillsyn kan kommunen ta ut avgifter som motsvarar kommunens kostnader av dem som bedriver verksamheten.

Många fler exempel skulle kunna anföras. Denna kortfattade redogörelse torde emellertid vara tillräcklig för att visa att det inte är ovanligt eller oskäligt att ställa upp tillståndskrav och liknande för handel med varor eller tjänster som kan innebära risker för hälsa eller miljö.

#### *Tidigare behandling av frågan om tillståndskrav för tobakshandel*

Ett förslag om införande av kommunala säljtillstånd återfanns i det underlag till nationell handlingsplan mot tobak som Folkhälsoinstitutet i januari 1999 överlämnade till regeringen och som senare överlämnades till Nationella folkhälsokommittén. Institutets förslag överensstämmer i huvudsak med kommitténs förslag nedan.

Institutets förslag till handlingsplan har remissbehandlats. Ungefär hälften av de remissinstanser som uttalat sig i frågan om säljtillstånd eller om handlingsplanen i dess helhet, stöder förslaget. Till dessa hör bl.a. Socialstyrelsen och Konsumentverket. Ett femtontal instanser, inkl. Konkurrensverket och Marknadsdomstolen avstyrker förslaget. Här nedan ges några exempel på remissyttranden.

Konsumentverket, Landstingsförbundet, Hallsbergs kommun, Cancerfonden, Riksförbundet VISIR och Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund stöder förslaget utan vidare kommentarer. Socialstyrelsen stöder likaså förslaget att införa säljtillstånd eftersom tillsynen av åldersgränsen då kan underlättas. Styrelsen varnar dock för att tobaksbranschen ofta lyckas vända restriktioner till sin fördel samt anför att förslaget till straffsanktioner är onödigt komplicerat. Svenska Kommunförbundet är positivt under förutsättning att tillsynen avgiftsfinansieras. Handelsanställdas Förbund anför särskilt att tillstånd skall ges till butiksinnehavaren och att denna skall vara juridiskt ansvarig för att reglerna om tobaksförsäljning följs. De påpekar att det idag är butikspersonalen som åtalas om tobak lämnas ut till den som är yngre än 18 år.

Kammarrätten i Göteborg och Marknadsdomstolen avstyrker förslaget med hänvisning till att underlaget för tillståndskravet är bristfälligt. Även Konkurrensverket är negativt till förslaget och anför som grundläggande utgångspunkt att näringsfrihet bör råda om inte tungt vägande skäl talar för en inskränkning av den. Internationella handelskammarens svenska Nationalkommitté, Göteborgs stad, Svenska Tobaksbranschföreningen, Annonsörsföreningen, Svenska tidningsutgivareföreningen, Petroleumhandels Riksförbund, Sveriges Livsmedelshandlareförbund, Philip Morris AB och Sveriges Hotell- och Restaurangföretagare avstyrker främst med tanke på den omfattande byråkrati som förslaget enligt dem skulle leda till. Svensk Handel och Tjänsteföretagen anför att systemet skulle kräva uppbyggnad av en gigantisk kontrollorganisation som inte är motiverad. ICA-förbundet avstyrker förslaget med motiveringen att det inte skulle komma över den illegala tobakshandlingen men avsevärt öka kostnader och administration för både den etablerade handeln och kommunerna.

### **Kommitténs överväganden och förslag**

Kommittén har föreslagit särskilda folkhälsomål med bl.a. inriktning på att kraftigt minska tobaksbruket bland barn och ungdom. Tobaksbruket utgör ett av de allra största folkhälsoproblemen, och det finns från folkhälsosynpunkt således starka skäl att minska tobaksvarornas till-



gänglighet för barn och ungdom. Efterlevnaden av den lagfästa åldersgränsen vid försäljning måste förbättras avsevärt.

### *Säljtillstånd*

Mot denna bakgrund finns det enligt kommitténs mening flera skäl att förstärka kontrollen över tobaksförsäljningen. I första hand bör man av hälsoskäl öka möjligheterna att ingripa mot handlare som säljer tobaksvaror till barn och ungdom. Det finns också anledning att förstärka tillsynen såväl för att bidra till att bekämpa handel med smuggelcigaretter som för att få större möjligheter att följa hur marknadsföringen av tobaksvaror vid säljställen utvecklas. Den seriösa tobakshandeln, där man inte säljer tobak till barn och inte befattar sig med smuggel- eller stöldgods m.m., bör få samhällets stöd att undgå illojal, snedvridande konkurrens från oseriösa handlare.

Mot denna bakgrund finner kommittén att det bör införas ett system där tobaksvaror endast får saluhållas av den som har fått ett särskilt *säljtillstånd*.

Förslaget om säljtillstånd tar sikte på detaljhandel med tobak. Det är enligt kommitténs mening befogat att ställa krav på den som säljer tobak som liknar de krav som ställs på den som serverar alkohol. På samma sätt som när det gäller alkoholservering, bör således kommunerna få rätt att efter ansökan meddela säljtillstånd. Innan tillstånd utfärdas bör kommunen förvissa sig om att näringsidkaren ifråga är seriös, strävar efter att följa gällande lagstiftning och har den kunskap som behövs för hanteringen. Den som bryter mot lagstiftningen bör kunna få sitt säljtillstånd indraget.

Genom ett system med säljtillstånd får kommunen naturligt en god överblick över vilka näringsidkare som säljer tobak. Detta förbättrar kommunens möjligheter att nå dem med information om tobakslagen m.m.

Man kan fråga sig om ett system med säljtillstånd är förenligt med EG-rätten, särskilt med artikel 30 i Romfördraget som i princip förbjuder kvantitativa importrestriktioner mellan medlemsstaterna samt åtgärder med motsvarande verkan. Praxis i EG-domstolen, särskilt det s.k. Keck-målet från år 1993, talar dock för att nationella bestämmelser om vad domstolen kallar "certain selling arrangements" är förenliga med artikel 30. Det krävs att de nationella bestämmelserna gäller lika för alla som driver handel i landet och att de påverkar marknadsföringen av såväl inhemska varor som varor från andra medlemsländer.

För systemets förenlighet med EG-rätten talar också det faktum att ett liknande system finns i Frankrike. Likaså har Sveriges reglering av

alkoholhanteringen, med licenser för tillverkning, import och parti-handel samt statligt detaljhandelsmonopol, i EG-domstolen funnits vara förenligt med EG-rätten. Det torde alltså sammantaget inte finnas några skäl till varför en väsentligt mindre långtgående reglering av tobakshandeln skulle strida mot EG-rätten.

Ett system med säljtillstånd innebär ett visst hinder för företagsamheten, t.ex. bland s.k. småföretagare. Kommittén hyser förståelse för att myndigheter och branschorganisationer kan motsätta sig detta slags inskränkningar. Enligt kommitténs mening väger dock hänsynen till folkhälsan tyngre. Åldersgränsen vid tobaksköp infördes särskilt för att skydda barn och ungdomar mot tobaksbrukets skadeverkningar. Det är ytterst angeläget att efterlevnaden av och tillsynen över åldersgränsen förbättras.

Systemet med säljtillstånd har därutöver positiva aspekter för företagsamheten genom att det kan bidra till att gynna seriösa näringsidkare och skydda mot illojal konkurrens.

Införande av säljtillstånd medför också en viss ökad administration för såväl kommuner som näringsidkare. Detta bör för kommunens del vägas mot vinster i form av förbättrade förutsättningar för en rationell tillsyn samt det resurstillskott som de nedan föreslagna tillsynsavgifterna kan medföra. En del kommuner har framfört farhågor om att tillsynsavgifter ändå aldrig fullt ut kan täcka kommunens kostnader för tillsynen. Mot detta står att kommitténs förslag nedan innebär att avgifter också kan tas ut för sådan tillsyn som redan idag åligger kommunerna utan möjlighet till avgiftsfinansiering.

För näringsidkarnas del innebär förslaget likaså vissa kostnader och ökad administration. När det gäller hanteringen av säljtillstånd bör det beaktas att detta i flertalet fall torde vara en engångskostnad som på lång sikt är försumbar. När det gäller tillsynsavgifter i övrigt torde kostnadsökningen vara måttlig.

Den som efter lagbrott mister sitt tillstånd att sälja tobak, drabbas självfallet hårt i sin näringsverksamhet. Några liknande påföljder, t.ex. tillfälliga säljförbud, finns inte i nuvarande tobakslag. Det har tidigare bedömts föra för långt att kunna använda säljförbud. I motsats till den som drabbas t.ex. av säljförbud för öl, kan ett säljförbud för tobak i en del fall medföra att hela rörelsen hotas.

Argumentet är dock inte tillämpligt för alla säljställen. Livsmedelsaffärer, bensinstationer, restauranger, gatukök m.fl. torde i allmänhet inte drabbas så hårt att hela verksamheten hotas om de mister sitt säljtillstånd för tobak, även om det självfallet utgör ett avbräck. Problem drabbar i första hand de säljställen där tobak svarar för huvuddelen av omsättningen. Tanken är dock inte att indragning av säljtillstånd skall drabba en näringsidkare på grund av enstaka misstag

eller förseelser. Vid allvarliga överträdelser, t.ex. i form av systematisk försäljning till minderåriga, är det dock motiverat att ingripa kraftfullt.

Avgörande är således att en skärpt kontroll av detaljhandeln med tobak är ett verksamt sätt att få förbudet mot försäljning till barn respekterat och efterlevt. Ett system med säljtillstånd ger också bättre kontroll över reklamen på säljställen. I samband med tillståndsgivningen finns det vidare möjligheter att se till att den som får säljtillstånd har tillräcklig utbildning om lagstiftningen och bakgrunden till denna. Den skärpta kontrollen gör det också lättare att bekämpa annan oseriös eller illegal verksamhet, t.ex. befattning med smuggel- och stöldgods.

Den nuvarande situationen vad gäller tillsyn enligt tobakslagen har beskrivits ovan. För kommunerna innebär det nu framlagda förslaget ett utökat tillsynsansvar, utöver det de redan har beträffande rökfri miljö i offentliga byggnader, gemensamhetslokaler och lokaler dit allmänheten har tillträde respektive i fråga om åldersgränsen vid tobaksköp. Kommunerna får också ansvaret för det föreslagna systemet med säljtillstånd för detaljhandel med tobak.

Denna tillsyn kan till stora delar samordnas med den tillsyn som redan bedrivs. På vissa säljställen bedrivs redan idag tillsyn enligt exempelvis livsmedelslagen. Och när det gäller hanteringen av säljtillstånd kan den i en del fall samordnas med hanteringen av serverings-tillstånd enligt alkohollagen.

### *Tillsynsavgifter*

Det är ofrånkomligt att en effektivisering av den kommunala tillsynen kräver ökade resurser. Det blir bl.a. nödvändigt att upprätta kommunala register över de säljställen för tobak som finns i kommunen. Även kommunernas handläggning av frågor rörande säljtillstånd kommer att kräva ökade resurser.

Stora delar av den kommunala tillsynen är f.n. avgiftsfinansierad. Det gäller t.ex. livsmedelstillsyn eller tillsyn enligt miljöbalken. Det finns en uppenbar risk att den tillsyn som inte ens delvis kan finansieras med avgifter, blir lägre prioriterad.

Mot denna bakgrund finner kommittén att tillsynen bör få ökade resurser genom införande av tillsynsavgifter. Enligt kommitténs mening bör all kommunal tillsyn enligt tobakslagen kunna avgiftsbeläggas. Det gäller såväl redan befintlig tillsyn, t.ex. beträffande offentliga lokaler, som de tillsynsinsatser som föranleds av kommitténs förslag till skärpta regler om rökfritt i restauranger och andra serveringar. Således bör kommunerna kunna besluta om tillsynsavgifter

enligt tobakslagen. Liksom för andra tillsynsavgifter bör de utgå enligt sedvanliga principer om självkostnad, likställighet m.m.

Tillsynsavgifterna innebär självfallet en utgift för näringsidkarna. Enligt kommittén kommer denna kostnadsökning att vara måttlig. Enligt kommunernas taxor för miljöskyddstillsyn utgör tillsynsavgifterna idag 250–800 kronor per timme för den faktiska tillsynen. Avgiften för livsmedelstillsyn i butiker varierar mellan 1 500–9 000 kronor per år, beroende på butikens storlek m.m. Det torde inte möta något hinder för kommunerna att besluta om differentierade taxor som också tar hänsyn till om tobakstillsynen samordnas med annan tillsyn.

## Författningskommentar

### 12 § a

Paragrafen innehåller de bestämmelser om åldersgräns vid köp av tobaksvaror som f.n. finns i 12 §.

### 12 § b

I paragrafen anges ett krav på säljtillstånd för den som vill bedriva detaljhandel med tobaksvaror. Paragrafen innehåller även bestämmelser om meddelande och återkallelse av säljtillstånd. Av 12 § b följer att detaljhandel med tobaksvaror får bedrivas endast av den som har fått sådant tillstånd.

Med detaljhandel avses här, liksom i bl.a. alkohollagen (1994:1738), försäljning till konsumenter. Annan försäljning, t.ex. från producent till partihandel, eller import av tobaksvaror berörs inte.

I begreppet detaljhandel ligger att det är fråga om försäljning i näringsverksamhet. Annan försäljning, t.ex. en enskild konsuments vidareförsäljning till en annan konsument, faller utanför regleringen.

Med tobaksvaror avses liksom i tobakslagen i övrigt cigaretter, cigarrer, piptobak, rulltobak, snus, tuggtobak, råttobak och andra produkter som innehåller tobak. Däremot avses inte produkter som inte innehåller tobak utan endast något ämne ur tobak, exempelvis läkemedel för rökavvänjning som innehåller nikotin.

I *andra stycket* anges att ett säljtillstånd skall avse en viss lokal eller ett annat avgränsat utrymme (säljställe). En näringsidkare som har flera olika säljställen får således söka tillstånd för vart och ett av dem.

Enligt *tredje stycket* prövas frågor om säljtillstånd av den kommun där säljstället är beläget. Det ankommer på kommunfullmäktige att av-

göra vilken nämnd eller motsvarande som skall handlägga tillstånds-  
ärendena. Här sägs också att ansökan om säljtillstånd skall göras  
skriftligen hos kommunen. En näringsidkare som har säljställen inom  
flera kommuner får ansöka om tillstånd i var och en av dessa. Enligt  
tredje stycket får vidare kommunerna möjlighet att ta ut en avgift för  
prövningen av frågor om säljtillstånd. I överensstämmelse med vad  
som gäller för liknande avgifter på andra områden ankommer det på  
kommunfullmäktige att bestämma grunder för avgiften. Betalnings-  
skyldig blir dels den som har gjort ansökan om säljtillstånd, dels den  
som har fått sådant tillstånd.

*Fjärde stycket* innehåller bestämmelser om förutsättningarna för  
meddelande av säljtillstånd. Bestämmelserna har utformats efter före-  
bild av reglerna om serveringstillstånd i 7 kap. 7 § alkohollagen  
(1994:1738).

I stycket sägs till en början att säljtillstånd får ges endast till den  
som visar att han med hänsyn till sina personliga och ekonomiska  
förhållanden och omständigheterna i övrigt är lämplig att bedriva  
detaljhandel med tobaksvaror.

Sådana omständigheter som skall beaktas utöver den sökandes  
personliga och ekonomiska förhållanden kan vara om den verksamhet  
som näringsidkaren bedriver vid sidan om den tilltänkta tobakshandeln  
särskilt vänder sig till barn och ungdom eller om säljstället ligger i nära  
anslutning till en skola. Det torde i princip vara olämpligt att tobaks-  
varor säljs i leksaks- eller godisaffärer.

Enligt vad som vidare sägs i fjärde stycket skall vid tillstånds-  
prövningen särskild hänsyn tas till om sökanden kan förväntas följa  
tobakslagens bestämmelser om handel och marknadsföring och om  
sökanden i övrigt är laglydig och benägen att fullgöra sina skyldigheter  
mot det allmänna. Ett grundläggande krav är alltså att näringsidkaren  
känner till bestämmelserna om förbud mot försäljning av tobaksvaror  
till ungdomar under 18 år, liksom bestämmelserna om marknadsföring  
av tobak. På samma sätt som när det är fråga om serveringstillstånd  
enligt alkohollagen bör det i princip vara uteslutet att ge säljtillstånd till  
den som är restförd för skatter och liknande.

Enligt *femte stycket* får kommunen i samband med ett beslut om  
säljtillstånd eller senare meddela de villkor som kan behövas. Det kan  
vara fråga om både villkor som underlättar tillsynen och villkor som tar  
sikte på efterlevnaden av tobakslagen. Kommunen kan exempelvis  
föreskriva att information om säljtillståndet skall anslås på säljstället  
eller att det skall finnas lämplig skyltning om åldersgränsen vid tobaks-  
köp.

*Sjätte stycket* innehåller bestämmelser om återkallelse av säljtillstånd. Även här har reglerna om serveringstillstånd i alkohollagen tjänat som förebild (7 kap. 19 § alkohollagen).

Kommunen skall återkalla ett säljtillstånd, om tillståndshavaren inte följer tillämpliga lagbestämmelser och meddelade villkor eller om förutsättningarna för tillstånd enligt 12 § b inte längre föreligger. Kommunen kan dock nöja sig med att meddela näringsidkaren varning, om detta kan anses vara en tillräcklig åtgärd.

I praktiken torde det i första hand vara vid mera flagranta fall av lagöverträdelser och dylikt som det blir aktuellt att återkalla ett säljtillstånd. Det kan exempelvis röra sig om upprepade försäljningar av tobaksvaror till minderåriga eller medveten befattning med stöld- eller smuggelgods. Vid mindre allvarliga överträdelser är det naturligt att kommunen först försöker åstadkomma rättelse genom förelägganden, som kan förenas med vite (enligt bestämmelserna i 20 § tobakslagen, andra och tredje styckena). I många fall finns det också anledning att först pröva om det är tillräckligt med en varning, innan det blir fråga om indragning av säljtillståndet.

Den som bedriver detaljhandel med tobaksvaror utan säljtillstånd kan ådömas straff. En bestämmelse härom har tagits in i 27 §.

### 23 §

Paragrafen innehåller gällande bestämmelser om tillsyn. Som en nyhet får dock kommunerna i *fjärde stycket* möjlighet att ta ut en avgift för sin tillsyn enligt lagen. I överensstämmelse med vad som gäller för liknande avgifter på andra områden ankommer det på kommunfullmäktige att bestämma grunder för avgiften. Sedvanliga principer om självkostnad, likställighet etc. skall iakttas.

### 27 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om ansvar motsvarande de nuvarande reglerna i 27 §. Som en nyhet föreskrivs dock att den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bedriver detaljhandel med tobaksvaror utan att ha säljtillstånd döms för grov olovlig tobaksförsäljning till böter eller fängelse i högst två år. Även här har reglerna i alkohollagen tjänat som förebild (10 kap. 2 § alkohollagen).

# Reservation och särskilda yttranden

## Reservation

av ledamoten Leif Carlson (m)

Jag vill först klargöra att ett betänkande om folkhälsa till sin natur alltid blir synnerligen politiskt kontroversiellt. Detta därför att information och åtgärder i denna fråga berör en av samhällets kärnfrågor – relationen mellan stat och individ.

Det föreliggande slutbetänkandet behandlar liksom delbetänkandet folkhälsofrågorna i ett brett perspektiv. Det förmedlar mycket kunskap om hälsoförhållanden och hälsoproblem samt lämnar många förslag som kan bidra till en bättre folkhälsa. De inledande kapitlens resonemang är intressanta bidrag till debatten.

Slutbetänkandets text har dock i viss mån blivit otydligare än delbetänkandet då det gäller att visa på de underliggande värderingar som leder fram till förslagen. Bakgrunden till denna förändring torde delvis vara ett försök att nödtorftigt skylta över befintliga politiska värderingskillnader inom kommittén m.m.

Resonemangen i betänkandet måste mot den bakgrunden delvis ses i ljuset av delbetänkandet och de omfattande underlagsmaterial som senare presenteras. De många mål som sätts upp är i stort okontroversiella – vem vill inte arbeta för minskad fattigdom och bättre hälsa åt alla. Liksom i delbetänkandet finns dock starka bakomliggande politiska värderingar och ett starkt politiserat folkhälsobegrepp.

Det leder till att betänkandet vid en samlad bedömning av text, förslag, framhållna utmaningar och använda indikatorer är mycket tydligt i sitt försvar av den förda socialdemokratiska politiken med höga skatter, påföljande omfattande bidrag och små inkomstskillnader.

Den socialdemokratiska modellen ses underförstått i betänkandet närmast som en förutsättning för god folkhälsa, varför den bör permanentas. Man vill med åberopande av hälsoskäl styra medborgarna i politiskt ”korrekt” riktning och till av politikerna förespråkade beteen-

den. Kärnfrågan, i vilken utsträckning staten skall lägga sig i hur medborgarna lever, döljs på ett subtilt sätt.

Betänkandet omfattar mängder av mål, målgrupper, aktörer, åtgärder, utmaningar och indikatorer varför en genomgång i alla enskildheter synes mindre konstruktiv. Detta särskilt som de grundläggande politiska värderingarna är genomgående och påverkar förslagen inom så gott som alla områden.

Jag väljer därför att göra en principiell genomgång där mina invändningar mot analysen tydliggörs. Slutligen behandlar jag några avgränsade frågor av särskilt intresse, nämligen myndighetsstrukturen m.m. på folkhälsoområdet samt arbetet mot missbruk av bl.a. alkohol och tobak.

Sammanfattningsvis kan sägas att de mål som sätts upp i betänkandet oftast är okontroversiella men att samtidigt den väg betänkandets text anvisar samt de indikatorer som används ofta leder fel.

### **Stödjande eller stjälpande sociala miljöer för individen?**

Majoriteten har tyvärr enligt min mening feltolkat betydelsen och implikationerna av att många hälsoskillnader är klass- och inkomstberoende. Feltolkningen leder till slutsatsen att hälsoproblem bäst möts med ökade bidrag och transfereringar samt större offentliga satsningar i utsatta områden. Slutsatsen blir underförstått att människor mår bäst av att även fortsättningsvis i allt väsentligt vara beroende av det allmännas insatser.

Åtgärder som konserverar en förödande hög skattenivå och som låser människorna kvar i utsatta miljöer och i ett beroende av offentlig bidragspolitik löser enligt min uppfattning inga hälsoproblem. Det finns istället ett statistiskt signifikant samband mellan att vara socialbidragstagare och ett upplevt dåligt hälsotillstånd.

Förslag som därför skulle framstått som naturliga, är t.ex. sådana som medför att arbetslösheten minskar genom en avreglering av arbetsmarknaden eller sådana som medför att egna ansträngningar lönar sig bättre genom lägre skatter på inkomst och boende. Några sådana förslag förs emellertid inte fram.

Föreställningen att transfereringssystem kan avhjälpa problem som kommer av en dåligt fungerande arbetsmarknad och en bristande social rörlighet är självbedrägeri. Genom att fokusera på symptomen kan problemen istället fördjupas och hälsoproblemen därmed öka. Det är vad vi sett under de gångna åren. Benägenheten att se bidragssystem som nycklar för att åtgärda hälsoproblem leder fel.



### Jämlik hälsa eller bättre hälsa?

Ett huvudtema i utredningens arbete har varit att hälsan inte är jämlikt fördelad utan att vissa grupper har en bättre hälsa än andra. I praktiken ställer sig kommitténs majoritet, trots ett mer nyanserat resonemang i de första kapitlen, nu som tidigare bakom en politik som – liksom den hittills förda – är byggd på hög beskattning av alla kombinerat med bidrag till alla samt en minimering av inkomstklyftor som medel mot ojämlikhet i hälsa. Jag delar inte uppfattningen att detta skulle gynna en god folkhälsa.

Inkomstklyftor är – enligt kommitténs majoritet – av ondo och ett skäl till Sveriges goda folkhälsa är den kraftiga inkomstutjämnningen. Jag tror inte att försvaret för utjämningspolitiken förbättrar hälsan för de mest utsatta. I de länder som varit mest extrema i frågan om ekonomisk utjämning, t.ex. de gamla öststaterna, var folkhälsan verkligen inte god utan ibland rent av undermålig. I Sverige är det också anmärkningsvärt att inom den sektor som i sitt lönesystem har den största inkomstutjämnningen – den offentliga sektorn – är sjukskrivningar och hälsobesvär till synes vanligare än i den privata sektorn där inkomstskillnaderna är större.

Jag tror inte heller att en modell där man gjort i princip alla till välfärdsstatens klienter genom ett generellt välfärdssystem – med stora offentliga utgifter och extrem rundgång i transfereringarna – främjar hälsan. De länder som under 1900-talets senare hälft ökat sina offentliga utgifter mest har noterat den lägsta ekonomiska tillväxten och största arbetslösheten.

Omfördelningen har mest blivit rundgång. Sverige som har störst offentlig sektor har också den största rundgången. Hela 34 % av BNP betalas i skatter och återbetalas i transfereringar till samma personer. Endast 15 % av den generella välfärdsstatens transfereringar går till de 20 % fattigaste. Däremot får den svenska medelklassen mer av transfereringar än i något annat land. Alla har blivit välfärdsstatens klienter samtidigt som vi har den minst sociala fördelningspolitiken av alla västländer.

Det generella välfärdssystemet medför i praktiken att vi betalar höga skatter för att alla skall få lägre levnadsstandard. Det är möjligt att målet att nå en jämlik hälsa kan uppnås på detta sätt men det blir då på sikt till priset av att hälsonivån inte höjs.

En mer träffsäker modell behövs. En modell som riktar stödet dit det främst behövs samtidigt som människor ges större möjligheter att bestämma själva, förverkliga egna projekt och delta på en flexibel arbetsmarknad.

### **En nödvändig och lämplig styrning av människors liv?**

Inspirerade av förhoppningar om ohälsans och sjukdomars tidiga upptäckt och möjligheten till rationella åtgärder mot risker och riskbeteenden, fokuserar kommitté majoriteten på livsstilsrisker så att man därigenom i alltför hög utsträckning vill styra friska människors liv. Alltför lite hänsyn har tagits till den enskildes ansvar och integritet. Gränsen mellan å ena sidan befogad omtanke om medborgarnas hälsa och å andra sidan förmynderi och klåfingrighet överskrids alltför ofta.

Betänkandet innehåller välmenande råd med paternalistisk anstrykning som i förlängningen riskerar att minska medvetenheten hos människor om det egna ansvaret för sin hälsa. Framställningen präglas av föreställningen att människor i gemen inte kan ta ett individuellt ansvar och att omsorgen om folkhälsan rättfärdigar ingrepp i människans hela tillvaro. Detta är tydligt framförallt genom att individuella problem mer eller mindre konsekvent av kommittémajoriteten ges kollektiva lösningar. Därmed urholkas förutsättningarna för individuellt ansvarstagande.

### **Bättre hälsa om man bryter människors maktlöshet**

Det som behövs är enligt min uppfattning inte mer av bidrag, politisk planering och folkhälsolagstiftning, utan mer av mångfald, frihet och valfrihet samt ökade möjligheter för människor att själva kunna påverka sina liv. Det är min bestämda uppfattning att alltför många idag känner att de saknar en reell möjlighet att ta sig framåt och utvecklas i livet. Men detta handlar i mycket hög grad om individens bristande makt över sitt eget liv, inte om avsaknad av stöd- och bidragsbeslut som fattas av politiker.

Ingenstans i betänkandet förs någon egentlig diskussion om den bristande jämlikhet och ohälsa som kan följa på att många idag är fastlåsta i en negativ situation på grund av skatte- och bidragseffekter. Man kommenterar inte att vi fått ett samhälle där egna ansträngningar på grund av marginaleffekter i skatte- och bidragssystem inte leder till ekonomiska förbättringar för det egna hushållet.

Ett samhälle där det inte lönar sig att studera och där den enskilde inte i någon avgörande grad kan påverka sin eller sin familjs situation skapar maktlöshet. Det förhållandet att osäkra bidragsbeslut från nyckfulla politiker styr tillvaron – inte eget arbete – skapar en befogad oro vilken inte rimligen kan befrämja en god hälsa.

Den instängdhetens frustration som präglar allt fler i de så kallade utsatta områdena borde ha beaktats mera i betänkandet i samband med

att ojämlikheter i hälsa diskuteras. Istället för att tala om ökade stöd och stödjande miljöer borde enligt min mening större vikt ha lagts vid att föreslå vägar och öppnade möjligheter för människor att ta sig ur eventuell fattigdom och ohälsa samt att ge dem möjligheter att forma sina liv. Man borde ha frågat sig vad som ligger bakom människornas maktlöshet, vad som hindrar deras kreativitet och deras sociala rörlighet. Detta snarare än att se dem som ett svagt kollektiv som måste utsättas för myndigheternas omsorger.

Samhällets viktigaste uppgift borde här vara att återupprätta förhållandet mellan ansträngning och belöning för dem som sitter fast i olika bidragsfällor. Många nytillkomna bidragstagare blir helt utlämnade till välfärdstjänstemännens välvilja. Försörjning och välfärd blir beroende av andras beslut.

Makt över den egna vardagen får man först med ett arbete. Makt över den egna ekonomin får man först då det lönar sig att arbeta. Bidragssystemen har för människor i utanförskap en inlåsnings effekt. Människor måste ges möjlighet att påverka sin egen situation om hälsan skall bli god.

Det finns enligt min mening goda skäl att anta att om människor i större utsträckning fick möjlighet att bestämma själva över sin vardag och sina pengar, fick verka på en mindre reglerad arbetsmarknad med större flexibilitet och möjligheter samt slapp hamna i bidragsfällor och politikerberoende så skulle stressen minska, självkänslan växa och hälsan befrämjas.

### **Trygga och jämlika uppväxtvillkor?**

Även vad beträffar barn och ungdomar är de övergripande målen i betänkandet goda men liksom i delbetänkandet är kommittén alltför snäv i sin syn på vad som konstituerar en god barnhälsa. Trots den reservation som jag då fogade till betänkandet har de av mig då berörda frågorna inte tagits upp till någon diskussion.

Kommittén har påtalat att problem med barns hälsa, inte minst den psykiska ohälsan och de psykosomatiska besvär bland barn som tenderar att öka. I kommitténs betänkande förs dock fortfarande – trots de lovvärda målformuleringarna – ingen diskussion om effekterna av att stödet till barnfamiljer i princip enbart riktats till en enda omsorgsform.

Därmed har endast familjer med omfattande ekonomiska resurser haft möjlighet att välja barnomsorgsform utifrån barnets och familjens bästa. Övriga familjer har, på grund av systemens konstruktion, inte haft några verkliga valmöjligheter. En beskattning som allmänt nått en

betungande nivå och som dessutom inte tar någon hänsyn till barnfamiljernas försörjningsbördor har ytterligare adderat till problematiken.

Kommittén återfaller här till att som på de flesta andra ställen förorda en generell välfärdspolitik vars negativa effekter jag tidigare belyst. Att döma av att kommittén i betänkandet utelämnat en diskussion om det ojämnt fördelade stödet till barnfamiljerna gör kommittén tydligen bedömningen att dessa inskränkningar i familjernas självbestämmande samt i deras försörjnings- och omsorgsmöjligheter inte haft någon betydelse för utvecklingen av barns hälsa.

Kommittén tar utgångspunkt i att förbättringarna för barn och deras föräldrar skall ske genom bidrag och transfereringar från staten. Man berör inte hur orättvist det ekonomiska stödet är fördelat och att jämlikhet kommit att tolkas som att båda föräldrarna helst skall arbeta heltid utanför hemmet. Den offentliga ekonomiska styrningen har i detta avseende varit järnhård.

Att skattevägen lätta familjernas bördor diskuteras överhuvudtaget inte alls. Redan idag lever mer än ett av tio barn i familjer som uppbär socialbidrag och bland de som gör det är det fem ggr vanligare med besvär av ångslan, ångest och oro jämfört med de som ej är bidragsberoende.

Trots att jag i den tidigare reservationen tagit upp de mest konkreta – för alla uppenbara – hälsoeffekterna av den svenska barnomsorgen, d.v.s. den omfattande infektionsspridningen, så förbigås detta i slutbetänkandet. Ett viktigt arbetsmiljöproblem, som hör ihop med detta förbigås också, möjligen för att inte ifrågasätta det befintliga monopolet för offentligt styrd och reglerad barnomsorg.

Det är allmänt känt att risken spridning av infektioner mellan barn och daghemspersonal är stor och att virusinfektioner kan medföra t.ex. ökad missfallsfrekvens. Det finns följaktligen forskning som talar för att andelen medicinskt problematiska graviditeter hos förskolepersonal är högre än hos genomsnittsbefolkningen. Missfallsfrekvensen är enligt vissa undersökningar signifikant högre för kvinnor som blir gravida under en period när de arbetar i barnomsorgen, 27 % att jämföra med 6 % för övriga kvinnor. De spontana missfallen har inträffat under graviditetsveckorna 5–13, som framgår av genomgångar av Göthe, Hillert m.fl.

Naturligtvis finns osäkerhet i dessa uppgifter om risken för missfall. Men när man med politiska beslut om t.ex. maxtaxa vill tvinga alla att välja institutionell barnomsorg, även de som egentligen skulle föredragit en annan omsorgsform, så borde ett betänkande om den framtida folkhälsan åtminstone knapphändigt beröra eventuella hälsorisker med en utbyggd institutionell barnomsorg.

Den stora utmaningen när det gäller att påverka barns hälsa positivt är att hitta former som ger ekonomiska möjligheter åt föräldrar att ta hand om sina barn, även om man inte vill ha en kommunal barnomsorgsplats. Det kräver att föräldrarnas valfrihet och självbestämmande ökar samt att utrymme skapas för en mångfald barnomsorgsformer. Först då kan man nå målet ”en trygg anknytning mellan barn och föräldrar”.

Jag menar – till skillnad från kommittémajoriteten – att frånvaron av stöd till en stor del av barnfamiljerna måste ha haft betydande hälsoeffekter för de berörda. För en utredning som särskilt skall beakta och föreslå åtgärder mot förhållanden som kan ge en ojämlig hälsa är det illustrativt och symptomatiskt att detta faktum förbigås.

### **Bättre eller sämre arbetsmiljö i den nya ekonomin?**

Kommittén konstaterar att arbetsmarknadssituationen har förbättrats på senare tid, vilket i och för sig äger en viss riktighet. Man måste dock konstatera att jämfört med för tio år sedan är det ca 400 000 färre som har jobb, trots att arbetskraften under motsvarande period har ökat med 200 000 personer. Att allt färre arbetar har naturligtvis betydande hälsokonsekvenser.

Vidare uppfattar man en närmast klagande ton hos kommittén över de omställningar som följt övergången från industrisamhälle till informationssamhälle och över ökningen av tidsbegränsade anställningar. Skrivningarna måste uppfattas som onyanserade och omotiverade pekningar till företag och medarbetare om arbetets organisation, anställningsformer, anställningsförhållanden, förekomst av overtidsarbete, konkurrensens risker och löneskillnadernas lämpliga storlek.

Jag har svårt att se hur en sådan negativ underton i framställningen kan vara befogad i ett betänkande om folkhälsa. Problemet är istället att de gamla strukturerna inte klarar de krav som den nya ekonomin ställer. Marknadsekonomin är till sin natur individuell. Den bygger på att enskilda människor både vill och kan utvecklas för sitt eget och för det gemensamma bästa. Att individualiseringen nu är så påtaglig sammanhänger emellertid med att ett föränderligt samhälle inte kan styras i de gamla kollektiva formerna. Utvecklingen går helt enkelt för fort för detta.

Informationstekniken gör inte bara kommunikationen enklare utan ökar också möjligheterna att tillgodose personliga önskemål. Den storskaliga industriproduktionen hade en hierarkisk arbetsorganisation och tydliga partsroller. I det näringsliv som nu växer fram ges medarbetarna ökade befogenheter och större ansvar, vilket ställer högre

krav på utbildning och kompetens. De löpande banden för massproduktion ersätts med en mer individanpassad företagsamhet som också sannolikt ger ett större inflytande över arbetet och därmed främjar hälsan.

En livslång, fast anställning är inte längre det självklara. Rörligheten ökar och det växer fram helt nya relationer på arbetsmarknaden. Delägarlösningar blir vanligare och nya kontraktsformer suddar ut gamla gränser mellan anställda, uppdragstagare och ägare. Mer flexibla arbetskontrakt träffas t.ex. i form av projektanställningar. Distansarbetet ökar i omfattning. Egenföretagandet i aktiebolag och enskilda firmor ökar också och omfattar idag ca 10 % av den totala arbetsstyrkan. Genom s.k. outsourcing koncentrerar många företag sin verksamhet. Avtal med entreprenörer, självanställda konsulter och bemanningsföretag blir allt vanligare.

En annan förändring gäller våra arbetstider. De kommer framöver att variera såväl över konjunkturcyklerna som över medarbetarnas livscyklar. Möjligheterna att ta hänsyn till medarbetarnas personliga önskemål och familjeförhållanden kommer att bli mycket större, vilket kommer att gynna hälsoutvecklingen. I industrisamhället var det självklart att arbeta enligt standardiserade tidsregler. I framtiden kommer både enskilda och företag att vilja och behöva ha mer varierade tider för arbete. Det gäller över dagen men också över olika perioder. Perioder av hårt arbete kan komma att varvas med perioder där arbetet inte är lika omfattande.

Förändringarna påverkar arbetslivet på många olika sätt. Sammantaget är dock påverkan enligt min mening positiv. Den kan ge utrymme för en välståndsutveckling och därmed en förbättrad hälsa som tidigare låg utom räckhåll. Kraften i förändringarna utsätter emellertid gamla strukturer för stora påfrestningar.

Förändringarna får stora konsekvenser och det finns därför i och för sig skäl att tillsätta en ny arbetslivskommission i enlighet med vad utredningen föreslår. Kommitténs bevekelsegrunder för att tillsätta en kommission kan jag dock inte dela, då dess utgångspunkter genomgående har negativa förtecken medan mina är positiva. Jag ser stora möjligheter till ett hälsosammare arbetsliv i den nya ekonomin.

### **Handel med tobak och tobaksavvänningspreparat**

Jag delar målsättningarna i stort när det gäller minskad rökning. Vad gäller införandet av ett licensieringssystem för detaljhandel med tobak kan jag dock inte se att något skulle vinnas med en sådan lösning. De

handlare som säljer smuggeltobak lär ha sådana samveten att de fortsätter med det oavsett licenstväng eller ej. Att införa ett licensieringssystem för ålderskontrollen skall synes heller inte rimligt då en fullgod ålderskontroll kan ordnas ändå.

Den enda tydliga effekten av ett licensieringssystem blir en svällande kommunal byråkrati. Kommittén har under arbetets gång beräknat den årliga kostnaden till ca 72 miljoner kronor för kommunerna, vilket dessa föreslås få ta ut i avgifter från handeln.

I Sverige är det tillåtet att sälja cigaretter med hög nikotinhalt på allehanda försäljningsställen men det är inte tillåtet att sälja rökavvänjningspreparat. Dessa finns endast att tillgå på apotek. Detta problem har också uppmärksammats av Gro Harlem Brundtland när hon talade inför World Self Medication Industry år 1999:

”Why is it that nicotine replacement products are sold in the pharmacy with a prescription, where cigarettes – the prime delivery device of nicotine – can be bought anywhere over the counter?”

Samtidigt fastslås också från WHO att tobaksavvänjningspreparat bör vara åtminstone lika åtkomliga som tobak. Dessa tankegångar har även framförts från FN i september 1997 likasom från många läkarorganisationer.

Det är absurt att cigaretternas tillgänglighet är avsevärt större än de produkter som innehåller en mindre mängd nikotin och vars syfte är att få människor att sluta röka. En ökad tillgänglighet till dessa produkter skulle sannolikt få många rökare att sluta röka och andra att minska sin rökning.

Till skillnad från kommitténs majoritet anser jag alltså att receptfria tobaksavvänjningspreparat måste få finnas fritt tillgängligt i handeln och således inte omfattas av apoteksmonopolet. Det skulle också leda till ökad konkurrens både i producent- och konsumentledet och därmed medföra ett lägre pris för konsumenten.

### **Rökförbud på restauranger**

Jag delar kommitténs beskrivning av tobakens hälsorisker och nödvändigheten av att koncentrera mycket arbete kring information för att förändra tobaksvanorna så att de angivna målen uppnås. Däremot delar jag inte kommitténs förslag om att utvidga tobakslagen med ett förbud mot rökning på restauranger. Kommittén föreslår visserligen att rökning skall få ske i vissa utrymmen men bara under förutsättning att ingen servering sker i dessa.

Rökning i offentliga lokaler är redan idag förbjuden enligt tobakslagen men undantag har gjorts för restauranger. Denna lösning har tillkommit mot bakgrund av att många naturligt förknippar rökning med restaurangkulturen.

De stora hälsoproblem rökning medför, framförallt problemen med passiv rökning och arbetsmiljön på restauranger, motiverar i och för sig att frågan lyfts fram. Restauratörernas oförmåga att efterfölja hittills gällande bestämmelser gör också att en aktualisering av frågan om ett vidgat rökförbud är befogad.

Enligt min mening talar dock fortfarande mycket för att en mera långtgående förbudslagstiftning bör undvikas och att istället restaurangbranschen bör få en möjlighet att själva upptäcka och exploatera, på affärsmässiga grunder, den stora nisch som efterfrågan på en rökfri miljö skapar.

Rökning bör således enligt min uppfattning kunna ske i delar av lokaler där mycket god ventilation kan tillskapas. Branschen har själva påtalat att man nu kraftfullt utvecklar teknik för sådan ventilerings. Man bör därför, tillsammans med berörda myndigheter, få möjlighet att realisera dessa planer innan förbudslagstiftning övervägs.

En ”kontrollstation” för att utvärdera hur arbetet fortskridit bör läggas in år 2007. Skulle då inte acceptabla åtgärder ha vidtagits får frågan om förbud mot tobaksrökning på restauranger tas upp till ny prövning.

### **Minskat bruk eller minskat missbruk?**

Såväl rubriksättningen på kapitlet om alkohol som de angivna målen i betänkandet visar att betydande framsteg har ägt rum vad beträffar kommittémajoritetens syn på en modern alkoholpolitik. Uppenbarligen har samhällsutvecklingen och debatten om behovet av en ny alkoholpolitik satt sina spår.

Tyvär är dock fortfarande andemeningen oförändrad – den restriktiva svenska alkoholpolitiken är bäst i världen och eventuella förändringar i liberaliserande riktning är olyckliga men tyvärr ofrånkomliga.

Kommittén lägger fram ett förslag om hur en modern alkoholpolitik bör utformas med hänsyn till folkhälsa och de svåra problem som missbruk och alkoholrelaterad kriminalitet medför. Fortfarande uppvisas dock ytterst lite av nytänkande. Kommittémajoriteten sluter upp bakom en politik där tillgängligheten är fortsatt låg för den breda allmänheten; genom en så långt möjligt fortsatt högskattepolitik och bevarat detaljhandelsmonopol. Något försök att föra fram en ny alkoholpolitik –



anpassad till ett modernt samhälle och med fokusering på riskgrupper och missbrukare – görs inte.

Enligt min mening måste en alkoholpolitik som skall kunna möta framtiden ta fasta på ett antal olika företeelser och utvecklingstendenser. Den ökade internationaliseringen har medfört ett ökat handelsutbyte, ett ökat privat resande och ett närmande till andra länder när det gäller attityder och värderingar. Allt flera människor ser med egna ögon att det finns många olika sätt att minska alkoholproblemen och att den hittills förda svenska alkoholpolitiken inte självklart är den mest framgångsrika.

Alkoholpolitiken måste utgå från respekten för den enskilde individens förmåga att ta ansvar för och att forma sitt eget liv. Det offentligas uppgift är att skapa förutsättningar för ett enskilt ansvarstagande, samt att bistå och värna de medborgare som saknar förutsättningar att själva ta ett personligt ansvar.

En ny alkoholpolitik kräver en kombination av samverkande åtgärder. Flertalet människors möjlighet att hantera sitt alkoholbruk måste erkännas och respekteras. Onödiga begränsningar och krångel måste tas bort. Svartsprit och kriminalitet måste bekämpas. Det kan ske genom förstärkta resurser till bl.a. tullen samtidigt som den legala och beskattade alkoholens tillgänglighet ökar och dess pris sänks. Hjälpen till missbrukarna måste också förstärkas och effektiviseras.

Med den inriktningen kan en bättre folkhälsa uppnås. Det skulle föra alltför långt att i detta sammanhang mer i detalj utveckla mina och Moderata samlingspartiets synpunkter på alkoholpolitiken ytterligare, varför jag hänvisar till min artikel i kommitténs debattskrift *”Svensk alkoholpolitik – Välmotiverad eller förlegad?”* samt till Moderata samlingspartiets alkoholpolitiska kommittémotion riksdagsåret 2000/2001.

### **Satsa långsiktigt på forskning, utbildning och metodutveckling**

Långsiktigt sett ligger den stora potentialen för förbättrad hälsa i nya landvinningar på bl.a. det medicinska området. En koncentration och samordning av resurser bör därför ske. Organisatoriskt finns skäl att fråga sig om en optimal lokalisering av verksamheter i dagsläget föreligger. Bör t ex EpC vara knutet till Socialstyrelsen? Bör både Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet syssla med HIV-relaterad verksamhet etc.?

Jag anser att man nu bör tillsätta en utredning med uppdrag att förutsättningslöst se över den svenska hälsorelaterade forskningen. Utredningen bör överväga möjligheten att skapa ett Svenskt Nationellt Institut för Hälsorforskning. Enkelt uttryckt skall målet för ett sådant

institut vara att samla ny kunskap för att hjälpa till att förebygga, diagnosticera och behandla ohälsa, sjukdomar och funktionsnedsättningar. Verksamheten bör omfatta allt från de mest sällsynta genetiskt betingade tillstånden till vanliga förkylningar.

Detta kan ske genom bl.a. forskning i egna laboratorier, stöd till forskare på universitet, i utbildning, på sjukhus och forskningsinstitutioner i landet och utomlands samt genom hjälp med utbildning av forskare. Ett sådant institut kan också ha regionala avdelningar som samarbetar med de folkhälsovetenskapliga universitetsinstitutionerna. Det finns behov av flervetenskapliga forskningsprogram samt en ledning för utvecklingsarbetet av analysverktygen när det gäller hälsokonsekvensbedömningar, sjukdomsbördemätningar, kostnadseffektivitetsanalyser osv.

Jag kan däremot inte instämma i förslaget att kommuner och landsting genom en folkhälsolag åläggs att i enlighet med ett hälsoplansansvar utarbeta nya och onödiga planer. De 155 miljoner kronor per år som kommitténs majoritet vill satsa i form av ett flerårigt stimulansbidrag på detta område, sammanlagt 465–775 miljoner, torde kunna användas effektivare i hälsans tjänst. Inte heller finner jag det motiverat att kommuner mer eller mindre tvingas upprätta s.k. grönstrukturprogram eller för Boverket att redovisa hur förskole- respektive skolgårdar är utformade m.m.

Kommunerna har redan nu ett ansvar för hälsan. Att skriva in ett särskilt ansvar i socialtjänstlagens 5 § finner jag heller inte meningsfullt; det riskerar bara att göra socialtjänstens verksamhetsområde så vittomfattande att det blir ohanterligt.

Framväxten av ytterligare regionalt och lokalt folkhälsoarbete bör leda till att Folkhälsoinstitutets roll kan minskas. Sådant arbete kommer att behöva ytterligare resurser i form av statliga stimulansbidrag bl.a. för att utveckla de samhällsmedicinska enheterna. Med en framtida decentralisering av folkhälsoarbetet samt med en samlad hälsorforskning blir dock Folkhälsoinstitutets roll obetydlig för att inte säga obefintlig.

### **Sammanfattning**

En god folkhälsa är något vi alla kan vara överens om att eftersträva. Föreliggande betänkande visar dock att vägen och medlen att nå den samma tydliggör stora politiska åsiktsskillnader. Det handlar om skillnader mellan å ena sida ett kollektivistiskt och paternalistiskt synsätt som ser medborgaren som en välfärdsstatens klient, och å andra sidan ett individfokuserat perspektiv som låter medborgarna själva ta ställ-

ning till olika livsval och så långt möjligt ger dem frihet att forma sina liv.

Företrädare för det kollektivistiska och paternalistiska synsättet tror sig nå en bättre – och då menas framförallt en jämlikare hälsa – genom att överföra normer och en grundinställning från experter som vet bättre än andra vad som är ett hälsosamt beteende. Det tycks, enligt detta synsätt, bara finnas en viss mängd hälsa som måste fördelas jämnt och klokt av politikerna. Klasskillnader i hälsa blir då viktigare att rätta till än att förbättra hälsan för enskilda individer.

Politiseringen av folkhälsofrågan leder i förlängningen till att förbättringar anses behöva lagstiftas fram. Frågan som aldrig tydligt besvaras är vilken relationen mellan stat och individ skall vara och med vilken rätt man använder skattepengar för att förändra medborgarnas livsstil.

I det andra perspektivet – mitt perspektiv – uppnås en bra folkhälsa när besluten ligger hos den enskilde och det allmännas insats ligger i att ge individen möjlighet att ta besluten själv.

Jag biträder följaktligen inte förslaget om en särskild folkhälsolag eller om att kommuner skall åläggas upprätta folkhälsoplaner.

Jag biträder inte heller förslaget att komplettera socialtjänstlagens 5 § med ett uttryckligt ansvar för hälsa.

Jag biträder inte förslaget till en skärpning av tobakslagen eller förslaget att införa ett licensieringsförfarande för tobaksförsäljning.

Jag föreslår däremot att apoteksmonopolet för försäljning av receptfria tobaksavvänjningspreparat avskaffas.

Jag föreslår även att förutsättningarna för skapandet av ett Svenskt Nationellt Institut för Hälsoforskning utreds.

## Särskilt yttrande

av ledamoten Cecilia Carpelan (fp)

Jag vill uttala tveksamhet till kommitténs förslag om en särskild folkhälsolag. Syftet är bra, men lagstiftning är sannolikt onödigt, ett uttryck för låga förväntningar och traditionell statlig kontroll. Folkhälsoplaner innebär i sig inte heller någon garanti för ett effektivt folkhälsoarbete.

Kommittén lägger fram en rad förslag till mål, åtgärder och utmaningar till kommuner och landsting, samt stöd till kunskapsutveckling och stödjande strukturer. Detta sammantaget borde verka i riktning mot god samverkan och ökat engagemang för folkhälsan. Att formulera en önskvärd utveckling i form av utmaningar, som kommittén gör när det gäller åtgärder för att uppnå målen, är ett uttryck för positiva förväntningar.

Nu handlar det om att i alla kommuner och landsting åstadkomma effektiva strukturer och strategier för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Det allra viktigaste är att folkhälsofrågorna integreras i allt planarbete och alla verksamheter i kommuner och landsting. Jag vill poängtera att jag därför välkomnar den förändring av socialtjänstlagen som föreslås, liksom begäran till Skollagskommittén att pröva frågan om förändring i skollagen, och som därmed gör kommunernas ansvar tydligare.

Samverkansprocesser sker bäst på lokal nivå, t.ex. i form av gemensamma handlingsplaner och överenskommelser som har god lokal förankring. Kommittén ger med sina förslag till mål och strategier en tydlig vägledning för arbetet och därmed finns förutsättningar för goda processer utan en folkhälsolag.

## Särskilt yttrande

av ledamoten Carina Åström (v)

Vänsterpartiet står i stort sett bakom betänkandet. Men vill med detta särskilda yttrande kommentera framförallt utformningen av *mål 1, Stark solidaritet och samhällsgemenskap*.

I delbetänkande SOU1999:137, Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål, lyftes sambanden mellan försörjnings-situation och hälsa fram på ett förtjänstfullt sätt. Tre viktiga aspekter betonades särskilt:

- Fördelning – ojämn fördelning ökar ohälsan i hela befolkningen.
- Fattigdom – människor som lever i fattigdom löper större risk för ohälsa.
- Ekonomisk otrygghet, ekonomisk stress – människor som förlorar sin inkomst eller får den drastiskt minskad, och därmed hamnar i försörjningssvårigheter, löper stor risk för att hamna i ohälsa. Det gäller för alla nivåer av ekonomisk standard.

Det senaste decenniets folkhälsoforskning visar entydigt att det finns ett starkt samband både mellan ekonomisk jämlikhet och hälsa. I denna forskning kan bland annat utläsas att sambandet mellan länders interna inkomstspridning och dödlighetsnivå är starkare än sambandet mellan BNP-nivå per capita och dödlighetsnivå.

Sverige har under en relativt lång period, i en internationell jämförelse, präglats av små inkomstskillnader. Det kan bl.a. förklaras med relativt låg arbetslöshet, faktiska lönenivåer och det generella välfärds-systemet. Men den positiva svenska utvecklingen är dess värre bruten. Nu ökar inkomstklyftorna också i vårt land.

Stora skillnader i inkomster och förmögenheter mellan olika grupper av medborgare leder inte bara till hälsoskillnader utan också till att den genomsnittliga hälsan försämras. Social välfärd som stärker den ekonomiska och sociala ställningen för grupper med låga inkomster och sämre boendeförhållanden har därmed en direkt hälsofrämjande effekt. En nyliberal politik som medför ökade ekonomiska och sociala klyftor är följaktligen ett direkt hot mot folkhälsan.

Det finns en fara i att användning av begrepp som ”socialt kapital” och allmänna hänvisningar till ”kittet” i samhället snarast bidrar till att mystifiera sambandet mellan ekonomiska maktförhållanden och hälsa.

I det föreliggande betänkandet betonas den risk som en stor inkomstspridning innebär för utveckling av ohälsa. Men tyvärr fullföljs

inte detta när det gäller formuleringen i mål 1. Majoriteten av kommittén väljer i stället att ställa sig bakom en mer diffus formulering – minskad fattigdom. Med det förloras tydlighet och precision och målformuleringen blir mindre åtgärdsinriktad och vägledande. Det är inte bra.

Undertecknad förordar således att formuleringen i mål 1 i delbetänkande SOU1999:137, Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål, *Ökade inkomstklyftor bör motverkas*, ersätter den nu föreslagna formuleringen.

## Särskilt yttrande

av sakkunnig **Kerstin Blom Bokliden (Svenska Kommunförbundet)**

Jag är tveksam till kommitténs förslag om en särskild folkhälsolag. Syftet är lovvärt men jag tror inte att ett framgångsrikt folkhälsoarbete på den lokala och regionala nivån bäst gagnas genom lagstiftning. Jag tror mer på de delar i betänkandet som bygger på mål och utmaningar och där staten går in med metodstöd, kunskapsunderlag och stöd i form av ekonomiska resurser. Erfarenheten har visat att detta arbetssätt varit framgångsrikt inom miljöområdet. Mycket gott har åstadkommits på lokal nivå inom miljöområdet och Agenda 21 främst genom frivilliga åtaganden där staten och kommunerna uppmuntrat till engagemang och skjutit till medel för att uppnå resultat.

Med hänsyn till de stora skillnader i problem och förutsättningar som finns i landet kan en lagreglering av processerna i folkhälsoarbetet innebära fel fokus genom att form blir viktigare än innehåll. Det är angeläget att folkhälsofrågorna integreras i kommunernas strategiska planering och i övrigt blir en del i den kommunala verksamheten. Ett sätt kan vara att integrera folkhälsofrågorna i kommunernas Agenda 21-arbete. Ett annat kan vara att integrera arbetet med folkhälsomålen med miljömålsarbetet. Det måste dock vara upp till varje kommun att lösa detta utifrån sina egna behov och förutsättningar. Det är också angeläget att en nära samverkan sker mellan kommuner, landsting och andra aktörer inom folkhälsoområdet på den regionala och lokala arenan. Denna utveckling är också på god väg bl.a. genom Svenska Kommunförbundets och Lanstingsförbundets gemensamma Folkhälso-program där särskilt vikten av att integrera folkhälsofrågorna i det ordinarie arbetet framhållits.

# Kommittédirektiv

## Nationella folkhälsomål

Dir 1995:158

Beslut vid regeringssammanträde den 14 december 1995.

### Sammanfattning av uppdraget

En parlamentarisk kommitté tillkallas med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Kommittén skall med utgångspunkt i det övergripande målet en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen, och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling

- redovisa och analysera de erfarenheter som finns vad gäller mål för hälsoutvecklingen internationellt och på nationell, regional och lokal nivå,
- analysera och värdera de hälsoproblem som för närvarande finns och som väntas få stor betydelse för hälsoutvecklingen framöver,
- bedöma möjligheterna att med olika insatser minska dessa hälsoproblem,
- väga kostnaden mot nyttan av att genomföra målen,
- analysera eventuella målkonflikter,
- med utgångspunkt i dessa analyser skall kommittén lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka av dessa som skall prioriteras,
- lämna förslag till strategier för att nå målen,
- särskilt beakta hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess kan stimuleras bland medborgarna och inom berörda samhällssektorer,
- lämna förslag till hur målen kan följas upp och utvärderas.



## Bakgrund

Allmänt sett har hälsan utvecklats positivt i Sverige. Befolkningen har blivit friskare och lever längre. Mer kunskap om folksjukdomars orsaker och utbredning, ökad medvetenhet om samhällsförhållanden och levnadsvanornas betydelse för hälsan, en allt bättre hälso- och sjukvård och ett intensifierat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har varit och är förutsättningar för successivt förbättrad folkhälsa. Även om vi nått långt är ytterligare förbättringar i hälsan önskvärda och möjliga att nå.

Det finns fortfarande allvarliga sjukdomar och skador som är möjliga att förebygga. Socialstyrelsens folkhälsorapport från år 1994 visar bl.a. att det finns stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper, geografiska områden och mellan könen. Strukturellt betingade livsvillkor som exempelvis försämrad ekonomi, arbetslöshet, miljöföroreningar, krympande offentliga välfärdssystem i kombination med levnadsvanor, exempelvis kost-, tobaks- och alkoholvanor, kan vara några av förklaringarna till att skillnaderna i ohälsa ökar.

Sociala strukturer i form av lagstiftning, ekonomiska resurser, normer och traditioner inom olika samhällssektorer (t.ex arbetsmiljö, utbildning, boende, trafik, jordbruk, fritid och kultur, socialtjänst, hälso- och sjukvård) påverkar förekomsten av hälsorisker. Att hälsan påverkas av samhällsförhållanden i stort är ett viktigt motiv för hälsopolitiskt motiverade initiativ inom flertalet samhällssektorer på nationell, regional och inte minst lokal nivå.

Statsmakterna har ett ansvar för att skapa gynnsamma förutsättningar för hela befolkningen att leva ett hälsosamt liv, oavsett social bakgrund. Insatser för att skapa goda villkor för hälsa skall ses i ett långsiktigt perspektiv. Många av de beslut som fattas i dag påverkar både vår och kommande generationers hälsa.

Insatser för att främja en god hälsa kan därför ses som en investering för framtiden, en investering som ger utdelning på flera sätt. För individen genom att år med hälsa och livskvalitet läggs till livet, för samhället genom att en befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbefinnande, exempelvis genom ökad tillväxt, minskad sjukfrånvaro och minskad utslagning från arbetslivet.

Förutsättningarna är goda för att ta fram och förverkliga nationella folkhälsomål. I Sverige har det sedan länge pågått en utveckling mot ett ökat intresse och bredare synsätt vad gäller folkhälsofrågor. Allt fler kommuner och landsting har bildat särskilda folkhälsoråd för att stimulera, samordna och följa upp det lokala folkhälsoarbetet inom olika sektorer och geografiska områden. Många landsting avsätter resurser

för samhällsmedicinska enheter och tar fram regionala folkhälso-rapporter. På nationell nivå arbetar ett flertal myndigheter med folk-hälsorelaterade frågor. Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen m.fl. myn-digheter har stor betydelse för att främja, följa upp och utvärdera folkhälsoarbetet. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet har också på olika sätt ökat sitt engagemang och utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet. Forskning kring folkhälsofrågor finansieras bl.a vid landets universitet och högskolor och genom forskningsråden. På regeringsnivå bildas en statsrådsgrupp för folkhälsofrågor.

Även den svenska miljöpolitiken (luftutsläpp, kemikalier m.m.) är i betydande grad inriktad mot att undanröja hälsorisker.

På såväl nationell som lokal nivå är folkrörelsernas verksamhet av stor betydelse för folkhälsan.

Världshälsoorganisationen (WHO) spelar en stor roll för utveckling-en av hälsomål i olika länder. WHO:s Europaregion antog år 1984 en samlad hälsostategi med 38 mål som i hög grad blivit en förebild för många länders arbete med nationella hälsomål. Med det övergripande målet Hälsa för alla år 2000 betonas behovet av att utjämna skillnader i hälsa mellan könen, sociala grupper och geografiska regioner. Världs-bankens rapport Investera i hälsa från år 1993 har visat på nya möj-ligheter att bearbeta och analysera det faktaunderlag som ligger till grund för en prioritering av olika hälsomål.

Inom Europeiska unionen (EU) har folkhälsofrågorna fått en högre prioritering med stöd av artikel 129 i Maastrichtfördraget. Artikel 129 stadgar bl.a att hälsoskydds krav skall ingå som ett led i gemenskapens övriga politikområden.

Till vägledning för det svenska arbetet med nationella hälsomål finns, utöver WHO:s hälsa för alla år 2000, flera internationella före-bilder bl.a i Storbritannien och USA.

Tillvägagångssättet och resultaten av arbetet med att ta fram natio-nella hälsomål i USA och Storbritannien skiljer sig åt. Båda tillväga-gångssätten har sina förtjänster. I USA mobiliserades en stor mängd experter och företrädare för forskningen, näringslivet och myndig-heterna för att ta fram en heltäckande bild av folkhälsoläget i USA. Det stora kunskapsunderlag som togs fram utmynnade dock inte i någon prövning och värdering av vilka områden som skulle prioriteras. En styrka med arbetet i Storbritannien har varit att målen även blivit före-mål för en politisk värdering och prioritering på övergripande nivå.

Inslag i både det engelska och amerikanska tillvägagångssättet samt erfarenheter från arbete med hälsomål i andra länder bör kunna tas till vara i det svenska målarbetet.

### **Motiv för nationella folkhälsomål**

Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan. Under senare år har begreppet ”investera i hälsa” börjat användas för att beteckna samhällets åtgärder. Att investera i hälsa är en fråga om att prioritera. Oavsett de ekonomiska förhållandena bör politiker och andra beslutsfattare ges möjlighet att välja de insatser som med tillgängliga resurser ger de bästa effekterna i ett folkhälso-perspektiv. Syftet med målarbetet är därför främst att ange vilka problem som är mest angelägna att lösa och vilka strategier som förutses vara de mest effektiva.

I dagsläget finns mycket kunskap om olika folkhälsoproblem och om olika åtgärder för att lösa dem. Komplexiteten och folkhälsoarbetets tvärsektoriella karaktär ställer emellertid krav på överblick och integration av kunskap från flera olika kunskapsområden och vetenskapliga discipliner. På nationell nivå finns Socialstyrelsens folkhälso-rapporter som ger en överblick över hälsoläget i Sverige. Folkhälsoinstitutet och andra berörda myndigheter arbetar med att, utifrån bl.a. folkhälsorapporterna, övergripande politiska prioriteringar och egna analyser, ta fram underlag för olika typer av hälsopolitiska strategier och insatser. Arbetet med att ta fram nationella folkhälsomål innebär att den kunskap som finns om hälsoläget, hälsoutvecklingen och de bakomliggande orsakerna kan nyttiggöras och utvecklas ytterligare. Inte minst talar internationella förebilder för att det går att komma längre vad gäller möjligheten att med nya epidemiologiska mått jämföra bördan på befolkningen av olika hälsoproblem och att förutse den framtida utvecklingen. Ett exemplet på detta är den holländska så kallade "Preventmodellen".

Att ta fram ett måldokument är angeläget i sig men minst lika viktig är processen som leder dit och som fortsätter efter det att måldokumentet tagits fram. Målen skall tjäna som stöd och inspiration på nationell, regional och lokal nivå. Måldokumentet skall vara en av utgångspunkterna i ett offensivt och multisektoriellt folkhälsoarbete på alla nivåer.

Nationella folkhälsomål behövs för att särskilt uppmärksamma och minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, etniska grupper, geografiska områden och mellan könen. Ett arbete med nationella mål för hälsan bör belysa hälsans betydelse för samhällsutvecklingen och hur hälsan påverkas av samhällets villkor. Kunskapen bör kunna omsättas i olika initiativ på nationell, regional och lokal nivå.

## Uppdraget

Kommitténs uppdrag är att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet.

Utgångspunkten i kommitténs arbete bör vara den tillgängliga kunskapen om folkhälsoproblem och hälsoutvecklingen som finns inom olika vetenskapliga discipliner. Varje mål skall grundas på ett vetenskapligt underlag som dels belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet, dels redovisar, så långt möjligt, vilka ekonomiska, sociala och andra konsekvenser målen skulle få om de uppfylldes respektive inte uppfylldes.

Beslut och förutsättningar inom flertalet samhällssektorer, inklusive medborgarnas möjligheter att aktivt delta, påverkar folkhälsan. Av detta följer att kommittén bör sträva efter en bred ansats där alla samhällssektorer vilkas verksamhet är av väsentlig betydelse för folkhälsan beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål.

Som ett underlag till målformuleringsarbetet skall kommittén även redogöra för och analysera vilken genomslagskraft redan existerande mål för hälsan haft på nationell, regional och lokal nivå. Detta innefattar bl.a en översiktlig genomgång av arbetet med att ta fram hälso- mål regionalt och lokalt, en uppföljning av de svenska ställnings- taganden som gjorts med anledning av WHO:s mål hälsa för alla år 2000 och en uppföljning av Folkhälsogruppens riktlinjer och strategi- projekt samt de mål som satts upp i samband med 1991 års folkhälso- proposition. Även andra mål för hälsan, exempelvis inom alkohol- området, bör analyseras med avseende på vilken betydelse de haft för folkhälsan.

Kommittén skall som en del av sitt underlag redovisa en systematisk genomgång av möjliga mål som kan ha betydelse för uppfyllandet av de övergripande målen att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. I kommitténs slutförslag skall ett mindre antal sär- skilt prioriterade mål presenteras tillsammans med de motiv som ligger bakom prioriteringarna.

Målen skall primärt underlätta beslut på strategisk nivå. Det betyder att hälsomålen skall ange inriktning och peka ut angelägna områden för insatser snarare än att ange snävt avgränsade och i detalj utformade operativa insatser med fastställd budget och tidsplan.

I anslutning till de föreslagna målen skall kommittén lämna förslag till strategier för att nå dem. Liksom vad beträffar målens inriktning bör även strategierna vara mer övergripande än operativa. Utgångspunkten för förslagen till mål och strategier är att dessa skall kunna genomföras utan att ytterligare belasta samhällsekonomin. Med detta avses att

förslagen till mål och strategier bör, där så är möjligt med hänsyn till de kunskaper som finns om kostnader och effekter av olika folkhälsoinsatser, grundas på en samhällsekonomisk analys som visar att samhällsekonomin som helhet inte förlorar på förslagen när kostnaderna vägs mot nyttan av att genomföra målen och strategierna. I förekommande fall skall även förslagets ekonomiska effekter för staten, näringslivet, landstingen respektive kommunerna redovisas separat för respektive sektor. Kommittén skall även analysera kostnaden respektive nyttan av alternativa strategier för att nå samma mål.

Kommittén skall, i samband med förslagen, även föra ett resonemang om möjligheterna att fastställa sambanden mellan en folkhälsoinsats och dess effekter på lång sikt. Därvid är det av vikt att även analysera hur olika bedömningar av en folkhälsoinsats kostnad och nytta på kort respektive lång sikt påverkar samhällets och individens benägenhet att investera i folkhälsoinsatsen.

För varje mål skall olika möjliga tidshorisonter för när målet kan uppnås diskuteras. För att kunna göra en avvägning mellan olika insatsområden behöver eventuella målkonflikter analyseras. Målkonflikter kan t.ex uppkomma då man värderar motiven för ett mål ur olika perspektiv, t.ex ur hela befolkningens, olika utsatta grupper eller den enskilde medborgarens synvinkel.

Kommittén skall dokumentera och redovisa arbetsmetoden som använts för att ta fram de nationella hälsomålen. I detta ingår att göra en genomgång av förutsättningarna för att utveckla hälsomål. Med detta avses en begreppsanalys där begrepp som mål, hälsa, risk m.m. definieras. Vidare krävs en diskussion av de metoder som används av kommittén för att bl.a. mäta hälsoutveckling, sjukdomsburda och dödlighet. I den mån kommittén använder sig av modeller för att prognosticera den framtida hälsoutvecklingen skall dessa också beskrivas. Dokumentationen av arbetsmetoden för att ta fram mål skall kunna vara vägledande för hur en successiv förnyelse av de nationella målen bör ske och för det fortsatta arbetet med att ta fram regionala och lokala hälsomål.

De nationella hälsomål som tas fram skall vara uppföljningsbara och gå att revidera med jämna mellanrum allteftersom folkhälsoutvecklingen, kunskapsläget och insatserna för folkhälsan ändras. Kommittén skall redogöra för hur målen skall förverkligas, följas upp och revideras. Härefter ingår frågan om vilka instanser som skall ha ansvaret för att målen följs upp.

En erfarenhet som gjorts vad gäller andra länders hälsomål är att det i vissa fall saknas tillräcklig koppling mellan målen och de möjligheter som finns att genomföra dem i form av policybeslut, åtgärder, resurser, intresse m.m. Kommittén skall därför ägna särskild uppmärksamhet åt

hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess som leder från mål till handling kan stimuleras bland medborgarna och inom alla berörda samhällssektorer.

Kommittén skall beakta att folkhälsan i allt större utsträckning påverkas av förhållanden utanför vårt lands gränser. Olika miljörelaterade hälsorisker (t.ex. luftföroreningar), handeln med droger och spridningen av smittsamma sjukdomar som hiv/aids, tbc, difteri är några exempel på problemområden som visar på behovet av att kommittén även uppmärksammar internationella förhållanden som kan ha betydelse för vår hälsa.

Det är angeläget att kommittén tillvaratar erfarenheter från regionalt och lokalt arbete med att ta fram mål för hälsan. Kommittén skall vidare beakta de internationella erfarenheter, exempelvis från Finland, Norge, Storbritannien, Canada, Irland, USA, Australien och Nya Zeeland, som finns vad gäller framtagandet av hälsomål. Kommittén bör också ta del av den ansats och de metoder som använts av WHO och Världsbanken i rapporten *Investera i hälsa* från år 1993.

Kommittén skall samråda med Miljöhälsoutredningen (S 1995:68) i de delar som gäller formulering av mål. Kommittén skall vidare beakta de resultat som Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (S 1992:04) kommer fram till vad gäller definitionen av folkhälsoarbetet och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommun. Kommittén skall fortlöpande samråda med statsrådsgruppen för folkhälsa.

Utredningen skall sträva efter att ha en så bred samverkan som möjligt med aktörer inom stat, landsting, kommun, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I denna samverkan ingår att fortlöpande pröva olika förslag till nationella hälsomål i en bred dialog med berörda instanser.

För kommitténs arbete gäller kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall bedrivas så att det är slutfört i sin helhet den 31 december 1998.

(Socialdepartementet)

## Tilläggsdirektiv till Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14)

Dir 1997:89

Beslut vid regeringssammanträde den 26 juni 1997.

### Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) får i uppdrag att följa Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med att revidera sina hälsopolitiska mål och strategier. Nationella folkhälsokommittén skall lämna synpunkter på utformningen av dessa till Socialdepartementet och, efter det att mål och strategier har antagits av WHO:s medlemsländer, bidra till att det sprids kännedom om i första hand den europeiska Hälsa-för-alla-strategin till aktörerna inom berörda samhällssektorer.

### Bakgrund

WHO har fattat beslut om att revidera sin strategi "Hälsa-för-alla år 2000". Den nya globala strategin, som för närvarande rubriceras "Hälsa för alla för det 21:a århundradet", planeras att antas av Världshälsöförsamlingen vid dess möte i Genève i maj 1998. Eventuellt kommer det då även att presenteras en särskild hälsopolitisk deklaration ("charter"). Parallellt pågår arbete med att revidera WHO:s hälsopolitiska mål för Europa.

#### *Den globala Hälsa-för-alla-strategin*

Ett första utkast till den nya globala strategin presenterades den 15 maj 1997 för WHO:s styrelse, som begärde att texten skulle arbetas om. Enligt den redovisade planeringen kommer WHO:s sex regional-kommittéer att få tillfälle att diskutera ett omarbetat förslag vid sina årliga möten under september månad. WHO:s sekretariat har också påbörjat konsultationer med andra FN-organisationer och frivilliga

organisationer. WHO:s styrelse har vidare begärt att medlemsländerna skall ges tillfälle att medverka i utformningen av texterna i en öppen process under tiden fram till maj 1998, då den nya strategin planeras att bli antagen. Formerna för detta är dock ännu oklara.

#### *Den europeiska Hälsa-för-alla-strategin*

WHO:s Europakontor räknar med att i slutet av juli månad sända ett förslag till hälsopolitisk strategi för Europa på remiss. Medlemsländerna skall lämna svar senast i slutet av november 1997. Vid regionalkommitténs möte i Istanbul den 15–19 september 1997 kommer det förutom genomgången av den globala strategin också att ges tillfälle till en preliminär diskussion av den europeiska strategin. Denna planeras att kunna bli antagen vid regionalkommitténs möte i september 1998.

#### **Tilläggsuppdraget**

Inom WHO finns ambitionen att följa upp den globala strategin regionalt, vilket i sin tur skall ge vägledning för medlemsländernas nationella hälsoprogram. Besluten i WHO är formellt inte bindande för medlemsländerna, men särskilt en europeisk folkhälsostrategi kan komma att få betydelse såväl för samarbetet inom den europeiska WHO-regionen, som för enskilda länders övergripande inriktning av folkhälsoarbetet.

Nationella folkhälsokommittén skall därför, i samarbete med Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, följa processen för utarbetandet av WHO:s nya Hälsa-för-alla-strategi och dess anknytning till den globala strategin.

De berörda svenska myndigheterna och organisationerna kommer under processen att ges tillfälle att lämna synpunkter till Socialdepartementet, som har samordningsansvar för relationerna med WHO. Det är särskilt angeläget att Nationella folkhälsokommittén lämnar synpunkter till Socialdepartementet i de olika skeden där medlemsländerna ges tillfälle att påverka utformningen av den nya Hälsa-för-alla-strategin.

När WHO:s Hälsa-för-alla-strategier har antagits av medlemsländerna skall Nationella folkhälsokommittén, inom ramen för sitt uppdrag, vidare bidra till att sprida kännedom om dessa bland aktörerna inom de berörda samhällssektorerna. Härvid skall information om WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa ges företräde.

(Socialdepartementet)



## Indikatorer

I denna bilaga redovisar kommittén indikatorer för resp. delmål. I kapitel 6.2 redovisar kommittén sin syn på indikatorerna.

### *Förkortningar och förklaringar*

AMS= Arbetsmarknadsstyrelsen  
ASS= Arbetarskyddsstyrelsen  
CAN= Centralförbundet för Alkohol- och Narkotika upplysning  
EpC= Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum  
FHI= Folkhälsoinstitutet  
IPM= Institutet för psykosocial medicin  
RFV= Riksförsäkringsverket  
RPS= Rikspolisstyrelsen  
SCB= Statistiska centralbyrån  
SLV= Statens livsmedelverk  
SMI= Smittskyddsinstitutet  
SoS= Socialstyrelsen

Med kommunstatistik menas att statistiken samlas in lokalt i kommunen. Befolkningsenkäter kan samlas in både på nationell, regional och lokal nivå.

### **Mål 1 Stark solidaritet och samhällsgemenskap**

#### *Delmål: Minskad fattigdom*

- Fördelning av ekonomisk standard (Ginikoefficient, SCB, Finansdepartementet)
- Andel hushåll med en disponibel inkomst understigande 50 % av medianinkomsten (SCB)
- Andel socialbidragstagare med långvarigt hjälpbehov minst 10 av årets 12 månader (SoS och SCB)
- Möjlighet att inom en vecka få fram 14 000 kr till en oförutsedd utgift (SCB resp. befolkningsenkät)

- Andel sjuka resp. arbetslösa personer med enbart lägsta ersättningsnivå från sjukförsäkringen/arbetslöshetsförsäkringen (RFV)

*Delmål: Minskad boendesegregation*

- Kvot höginkomsttagare/låginkomsttagare per stadsdel (segregationsindex per SAMS-område, SCB)
- Kvot svenskfödda/utlandsfödda per församling (SCB)
- Tandhälsa mätt i antal hål i tänderna hos barn vid jämförelse mellan olika bostadsområden (SoS)
- Andel personer utanför arbetskraften 25–64 år per församling (SCB)
- Antal hemlösa (FHI ges i uppdrag att ta fram uppgifter)
- Antal kommuner som upprättat handlingsplaner mot hemlöshet (FHI ges i uppdrag)

*Delmål: Kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden*

- Antalet barn som växer upp i utsatta områden. Det avser områden där hushåll som tillhör den lägsta inkomstkventilen räknat för landet som helhet är fyra gånger så vanliga som genomsnittligt för landet (FHI ges i uppdrag att ta fram uppgifter)
- Resursfördelning till förskola, skola, primärvård inkl. barn- och mödrahälsovård, polis och fritidssektor i relation till behov (FHI ges i uppdrag att i samarbete med den kommunala sektorn utveckla översiktliga indikatorer)

## **Mål 2 Stödjande sociala miljöer för individen**

*Delmål: Minskad isolering, ensamhet och otrygghet*

- Andel som har regelbunden kontakt med släkt eller en nära vän (SCB)
- Andel som känner rädsla för att utsättas för våld (Befolkningsenkät)
- Andel av befolkningen över 16 år som känner tillförsikt inför framtiden (Befolkningsenkät)
- Andel vuxna med självupplevd psykisk ohälsa resp. olika psykosomatiska besvär (SCB och EpC)

*Delmål: Ökad delaktighet i förenings- och kulturverksamhet*

- Andel invånare fördelade på åldersgrupper som upplever kommunens kultur- och fritidsutbud som tillfredsställande (Befolkningenkät)
- Grad av föreningsaktivitet per 1 000 invånare (Kommunstatistik)
- Antal besök till bibliotek, fritidsgårdar, idrottsanläggningar per 1 000 invånare (Kommunstatistik)
- Antal deltagare i bildningsverksamhet (Folkbildningsrådet)
- Antal organ/brukarråd i kommunerna där invånarna har direkt inflytande i verksamheten, t.ex. i skolan, barn/äldreomsorg per 1 000 invånare (Kommunstatistik)
- Valdeltagande i kommunalval för svenska och utländska medborgare fördelat på förstagångsväljare resp. valdistrikt (SCB)

**Mål 3 Trygga och jämlika uppväxtvillkor***Delmål: En trygg anknytning mellan barn och föräldrar*

- Trygg anknytning mellan små barn och föräldrar enligt aktuell forskning (FHI och IPM ges i uppdrag)

*Delmål: En hälsofrämjande förskola och skola som stärker elevernas självförtroende och skolresultat*

- Andel elever med betyg i alla ämnen i årskurs 8 och 9 (Skolverket och SCB)
- Andel elever i årskurs 9 som har behörighet att läsa vidare till ett nationellt gymnasieprogram (Skolverket och SCB)
- Andel elever som fullföljt gymnasiets program inom fyra år (Skolverket och SCB)
- Andel elever med olovlig frånvaro i årskurs 7–9 (Skolverket)
- Andel elever i grundskolan som äter skollunch minst fyra dagar per vecka (Kommunstatistik)
- Andel elever som trivs i skolan i årskurs 5 resp. 7–9 (Skolverket resp. befolkningsenkät)
- Förekomst av mobbning i grundskolan och gymnasiet (Skolverket)
- Andel barn och elever som får modersmålsundervisning i förskolan och skolan (Skolverket)

*Delmål: En förbättrad psykisk hälsa hos barn och unga*

- Andel barn och unga med självupplevd psykisk ohälsa resp. olika psykosomatiska besvär (SCB och EpC)
- Andel barn och unga per stadsdel och kommun som gör självmordsförsök (Lokal hälso- och sjukvårdsstatistik, EpC och IPM)
- Antal självmord i Sverige i åldersgruppen 10–18 år (EpC och SCB)

#### **Mål 4 Hög sysselsättning**

*Delmål: Goda möjligheter till livslångt lärande*

- Tillgång till utbildning inom företagens eller samhällets ram om minst 5 dagar per år (SCB)
- Utbildningsmöjligheter inom den kommunala vuxenutbildningen för personer med långvarigt socialbidrag och enbart grundskola (Kommunernas vuxenutbildning)
- Utbildningsmöjligheter för arbetshandikappade personer (AMS)
- Andel ungdomar som lämnar gymnasiet utan slutbetyg (Skolverket)

*Delmål: Låg arbetslöshet*

- Andel sysselsatta fördelat på ålder och kön (SCB)
- Andel arbetslösa mer än sex månader (SCB)

*Delmål: Ingen diskriminering av invandrare och funktionshindrade på arbetsmarknaden*

- Andel sysselsatta fördelat på nationalitet (SCB)
- Antalet anmälda arbetshandikappade till arbetsförmedlingarna och antalet som får anställning (AMS)

#### **Mål 5 God arbetsmiljö**

*Delmål: Anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar*

- Andel som har höga psykiska krav i arbetet (SCB)
- Andel som upplever problem med buller, tunga lyft, obekväma arbetsställningar (SCB)
- Andel som har ensidiga arbetsställningar (SCB)
- Andel anmälda arbetsskador (SCB)
- Sjukskrivningsmönstret i olika branscher/yrken (SCB alt. SoS ges i uppdrag)

*Delmål: Ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet*

- Andel personer med lågt inflytande i arbetet (SCB/JEM-index)
- Andel personer med små utvecklingsmöjligheter i arbetet (SCB/JEM-index)

*Delmål: Minskat övertidsarbete*

- Andel småbarnsföräldrar som övertidsarbetar (SCB)
- Andel småbarnsföräldrar med flexibel arbetstid (SCB)
- Andel som arbetar övertid med ersättning (SCB resp. befolkningsenkät)
- Andel som arbetar övertid utan ersättning och utan att den är beordrad (SCB resp. befolkningsenkät)

## **Mål 6 Tillgängliga grönområden för rekreation**

*Delmål: Bullerfria och säkra grönområden nära bostaden*

- Tillgång till rekreationsområden inom 5–10 minuters gångväg från bostaden (Kommunstatistik)
- Antal kommuner som har upprättat gröstrukturprogram (Boverket)

*Delmål: Stimulerande förskole- och skolgårdar för barn*

- Förekomst av förskole- och skolgårdar som tillgodoser barns behov av lek, rörelse, stimulans och avkoppling (Boverket, Barnombudsmannen och Skolverket ges i uppdrag)

*Delmål: Bra utemiljöer vid särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade*

- Förekomst av stimulerande utemiljöer i anslutning till särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade (Boverket ges i uppdrag)

## **Mål 7 Sunda inne- och utemiljöer**

*Delmål: Minskad exponering för miljötobaksrök*

- Uppföljning av kommunal tillsyn av tobakslagens bestämmelser om rökfria miljöer (FHI ges i uppdrag)
- Resultat från enkätundersökningar av exponering för och inställning till tobaksrök i olika miljöer (FHI ges i uppdrag)

*Delmål: Väl ventilerad inomhusmiljö*

- Andel och antal inomhusmiljöer som inte uppfyller normer för god ventilation eller har fukt eller mögelskador (SoS och Boverket)
- Förekomst av besvär och symtom som kopplas till brister i inomhusmiljöer (SoS)

*Delmål: God bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft och giftfri miljö enligt Miljömålskommitténs förslag*

- För etappmålen finns ett stort antal indikatorer enl. SOU 2000:52

## **Mål 8 Skadesäkra miljöer och produkter**

*Delmål: Skadesäkra hemmiljöer, trafikmiljöer och andra offentliga miljöer*

- Andel skadade barn och äldre i hemmiljöer (EpC)
- Andel skadade barn i förskola, skola, i trafiken och under fritiden (Kommunstatistik)
- Andel simkunniga elever i årskurs 5 (Svenska livräddningssällskapet resp. Kommunstatistik)
- Antal rapporterade skador till följd av olycksfall, våld och självmord i olika miljöer per 1000 invånare (SCB och EpC)
- Antal allvarligt skadade och döda i trafiken (SCB och EpC)
- Andel rapporterade huvudskador genom cykling i olika åldersgrupper (EpC)
- Registrerade överträdelser av hastighetsgränser per 1 000 trafikanter och år (RPS)
- Andel kommuner som arbetar skadeförebyggande efter modellen ”En säker och trygg kommun” (FHI)

*Delmål: Minskad användning av hälsofarliga och allergiframkallande produkter*

- Antal produktrelaterade skador (EpC)
- Antal produkter inom olika produktområden som är märkta ur allergisympunkt (FHI ges i uppdrag)

## **Mål 9 Ökad fysisk rörelse**

*Delmål: Mer fysisk rörelse i skolan och i anslutning till arbetet*

- Timantal för ämnet idrott och hälsa (Skolverket)
- Omfattning av fysisk rörelse i skolan (Kommunstatistik)

- Andel simkunniga elever i årskurs 5 (Svenska livräddningssällskapet resp. kommunstatistik)
- Andel offentliga resp. privata arbetsgivare som erbjuder motion under arbetstid eller i anslutning till arbetet (ASS ges i uppdrag)

*Delmål: Mer fysisk rörelse under fritiden*

- Andel barn resp. vuxna inkl. äldre som motionerar måttligt minst 30 minuter per dag (SCB resp. befolkningsenkät)
- Kommunala resurser till flickors resp. pojkars fritid i åldrarna upp till 13 år resp. 13–18 år i förhållande till totala kommunala resurser för fritid (Kommunstatistik)
- Antal kommuner som garanterar äldre som har omvårdnad genom kommunen utevistelse varje dag (FHI ges i uppdrag)
- Andel funktionshindrade som erbjudits möjlighet till motion eller träning på egna villkor (FHI ges i uppdrag)

### **Mål 10 Goda matvanor**

*Delmål: Ökad konsumtion av frukt och grönsaker och minskad konsumtion av fett och socker*

- Andel av befolkningen som intar mindre än 10 % av energitillförseln i form av mättat fett (SLV)
- Andel av befolkningen som intar ½ kg frukt och grönsaker per dag (SLV)
- Antal hälsofrämjande skolor som arbetar aktivt med matvanor och integrerar ämnet i övrig undervisning (FHI)
- Antal storhushåll som uppfyller krav på god hygien och näringsriktiga måltidsalternativ (SLV)
- Antal kommuner som garanterar hälsofrämjande mat enligt Livsmedelsverkets rekommendationer till äldre och funktionshindrade i särskilda boenden (SLV ges i uppdrag)
- Andel av befolkningen som aktivt använder sig av livsmedelsmärkningar (Konsumentverket och SLV)

*Delmål: Minskad övervikt i befolkningen*

- Andel normalviktiga  $18,5 < \text{BMI} < 25$  (SCB)
- Andel vuxna med kraftig övervikt  $\text{BMI} \geq 30$  (SCB)
- Andel barn under 16 år med måttlig övervikt (SCB)

*Delmål: Ökad förekomst av amning*

- Andel barn som ammas vid 4 månaders ålder (EpC)

**Mål 11 Trygg och säker sexualitet**

*Delmål: Minskad smittspridning av sexuellt överförbara sjukdomar*

- Förekomst av hiv och övriga STD fördelat på ålder (SMI)

*Delmål: Ingen ska diskrimineras på grund av sexuell läggning*

- Bemötande av homo- och bisexuella personer i skola, arbete och boende enligt undersökningar och forskning (FHI ges i uppdrag)

**Mål 12 Minskat tobaksbruk**

- Andelen rökare resp. snusare i hela befolkningen, bland kvinnor och män i olika åldrar, bland kort- och långtidsutbildade, olika etniska grupper, ensamstående mammor (FHI ges i uppdrag)

**Mål 13 Minskat skadligt alkoholbruk**

*Delmål: Minskad totalkonsumtion*

- Totalkonsumtion per capita inkl. icke registrerad konsumtion (FHI ges i uppdrag)
- Alkoholrelaterad dödlighet och skador (FHI ges i uppdrag)

*Delmål: Punktnykterhet i samband med graviditet, väg- och sjötrafik, på arbetet och i idrotts- och motionssammanhang*

- Undersökningar av gravida kvinnors alkoholvanor (FHI ges i uppdrag)
- Alkoholkonsumtion i samband med arbete (Befolkningsenkät)
- Andel alkoholpåverkade förare (RPS och Vägverket)

*Delmål: Minskat berusningsdrickande*

- Minskat berusningsdrickande hos hela befolkningen (CAN)
- Andel mänstrande som berusar sig (CAN)
- Antal alkoholrelaterade arbets- och olyckfall (CAN)

**Mål 14 Ett narkotikafritt samhälle**

*Delmål: Minskad tillgång till narkotika*

- Narkotikarelaterad dödlighet (FHI ges i uppdrag)



*Delmål: Minskad andel ungdomar som prövar och använder narkotika*

- Andel personer i årskurs 9 som anger att de prövat narkotika (CAN)
- Andel personer som mönstrar som uppger att de prövat narkotika (CAN)

#### **Mål 15 En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård**

- Antal landsting som har en ”hälsobudget” som underlag för sina hälso- och sjukvårdspolitiska mål och strategier (SoS ges i uppdrag)
- Antal sjukhus som är med i WHO-projektet Hälsöfrämjande sjukhus (FHI)
- Antal landsting och kommuner som bedriver kompetensutveckling kring metoder för hälsofrämjande arbete och prevention (SoS ges i uppdrag)
- Antal landsting och kommuner som har modeller för beställning av hälsofrämjande insatser (SoS ges i uppdrag)
- Årliga uppföljningar av smittskyddsverksamheten (SoS)
- Årliga uppföljningar av antibiotikaresistensen (SMI)
- Antal landsting som har program riktat till allmänheten om hur smitta kan undvikas (SoS)

#### **Mål 17 Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning**

*Delmål: Intensifierad forskning om interventioners nytta, kostnader och konsekvenser*

- Omfattningen av ekonomiskt stöd till forskningsprojekt inom interventionsforskning, hälsoekonomi och studier som syftar till att förklara hur olika bestämningsfaktorer påverkar hälsan

*Delmål: Bättre metoder för att bedriva folkhälsoarbete*

- Antal vetenskapligt utvärderade metoder inom olika områden

*Delmål: Ökad satsning på folkhälsovetenskaplig utbildning*

- Antal utexaminerade personer som genomgått särskild utbildning i folkhälsovetenskap resp. särskild kurs i ämnet inom andra utbildningar