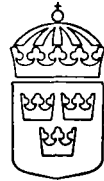


Regeringens proposition 1990/91:175

om vissa folkhälsofrågor



Prop.
1990/91:175

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Föredragande vid regeringssammanträdet har varit chefen för socialdepartementet och statsrådet Lindqvist.

Stockholm den 18 april 1991

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

Ingela Thalén

Propositionens huvudsakliga innehåll

Den svenska befolkningens hälsa har fortsatt att förbättras under de senaste åren. Medellivslängden har från år 1980 till år 1990 ökat med cirka två år – från 72,8 år till 74,8 år för män och från 78,8 år till 80,4 år för kvinnor. Vissa undersökningar pekar också på att det är friska år som lagts till livet.

Trots att hälsoutvecklingen i befolkningen i stort varit positiv finns det stora skillnader i sjuklighet och dödlighet inte bara mellan olika åldrar utan också mellan könen, mellan olika sociala grupper och mellan olika delar av landet. Också mellan infödda svenskar och invandrare finns det betydande hälsoskillnader.

I propositionen konstaterar regeringen att de stora och i vissa avseenden ökande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället inte kan accepteras. Mot denna bakgrund föreslås att ökad jämlikhet skall vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet. Därav följer att insatser som medför att de sämst ställdas situation kan förbättras bör komma i första hand. Genom att förbättra de sämst ställdas hälsa skulle folkhälsan förbättras betydligt.

I propositionen betonas de tre principerna att folkhälsoarbetet måste bygga på *lokalt engagemang, kunskap och samarbete över sektorsgränser*.

Ett nationellt folkhälsoinstitut föreslås inrättas den 1 januari 1992 med huvuduppgift att på nationell nivå driva folkhälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Institutet föreslås arbeta i programform där institutet inom ramen för varje program skall ta fram, ställa samman och sprida kunskap. Kunskaps spridningen förutsätts ske i nära samarbete med och genom frivilliga organisationer, ar-

betsmarknadens parter, kommuner och landsting m.fl. Institutet föreslås att inledningsvis bedriva program inriktade mot alkohol och droger, tobak, barn och ungdom, utsatta kvinnor samt skador. Vissa av programmen bör vara av permanent karaktär, som alkoholprogrammet, medan andra bör vara tidsbegränsade och bli beroende av aktuella folkhälso-problem och målgrupper.

För institutets verksamhet föreslås för budgetåret 1991/92 ett anslag om 47,5 milj.kr., varav 32,5 milj.kr. är ett utökat statligt stöd. För budgetåren 1993/94 och 1994/95 föreslås ett ytterligare utökat stöd med 20,0 milj.kr. per budgetår. Detta innebär en nivåhöjning av det statliga stödet till folkhälsoarbete om 72,5 milj.kr. vid slutet av perioden. I propositionen föreslås vidare att vissa medel, som i dag disponeras av andra myndigheter, överförs till folkhälsoinstitutet.

I propositionen behandlas vidare den framtida alkoholpolitiken. Här understryks att målet för den svenska alkoholpolitiken även fortsättningsvis skall vara att minska den totala alkoholkonsumtionen för att därigenom begränsa alkoholens skadeverkningar. Detta föreslås ske genom att det restriktionssystem som kringgärdar hanteringen av alkoholdrycker upprätthålls. En fortsatt aktiv prispolitik skall vara ett av instrumenten för att minska en allför hög alkoholkonsumtion. Stor vikt föreslås läggas vid det förebyggande arbetet i ett folkhälsoperspektiv, varvid det föreslagna folkhälsoinstitutets insatser blir av stor betydelse. Grunderna för den svenska alkoholpolitiken skall hävdas inför de fortsatta överläggningarna om ett svenskt närmande till de Europeiska gemenskaperna.

För att så långt som möjligt tillgodose allmänhetens behov att få andas luft som är fri från tobaksrök och för att underlätta för barn och ungdom att förbli rökfria bör vissa restriktioner avseende tobaksbruk och tobaksprodukter läggas fast i lag. Det gäller bl.a. att vissa miljöer skall vara rökfria, förbud mot reklam för tobaksvaror och möjlighet att föreskriva vissa gränsvärden för skadliga ämnen.

En redovisning lämnas för genomförda och planerade åtgärder till följd av allergiutredningens förslag.

I propositionen redovisas att förslag om en lagstiftning för att motverka dopning kommer att läggas fram. Lagstiftningen bör väsentligen grundas på betänkandet Åtgärder mot doping (Ds 1989:60). Vidare anges att stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem bör omarbetas med syfte att särskilja den verksamhet som bedrivs vid hälsovårdshemmen från annan hälsohemsverksamhet.

Denna proposition har skrivits på det nya sätt som första gången användes i regeringens proposition 1989/90:90 om forskning. Syftet med den nya utformningen är att göra större propositioner mer lättöverskådliga och lättlästa.

Propositionen är så skriven att regeringen, utifrån bl.a. socialstyrelsens folkhälsorapport, i de inledande kapitlen beskriver folkhälsans utveckling och fördelning. Därefter följer en genomgång av dels olika faktorer som påverkar hälsan dels några stora folksjukdomar. Olika aktörers insatser inom folkhälsoarbetet beskrivs i de följande avsnitten, bl.a. mot bakgrund av det material som tagits fram i den s.k. Folkhälsogruppen.

I avsnitt 8 tas några viktiga frågor för folkhälsoarbetet under 1990-talet upp och i avsnitt 9 föreslås inrättandet av ett nationellt folkhälsoinstitut.

I de följande kapitlen tar regeringen upp frågor inom specifika områden. Det regeringen vill att riksdagen skall ta ställning till återfinns under rubriken *Ärendet till riksdagen*, vilket således motsvarar den annars använda rubriken Hemställan.

Sammanfattning: Ökad jämlikhet skall vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet. Insatser som medför att de sämst ställdas situation förbättras bör komma i första hand.

1.1 Målen för hälsopolitiken

Att leva med god hälsa upplevs av de flesta människor som något av de viktigaste. Våra möjligheter att leva ett verksamt och rikt socialt liv är starkt beroende av vår hälsa. De flesta människor söker också, med de kunskaper och möjligheter som står till buds, att ta vara på sin hälsa.

Samhällets ekonomiska och sociala utveckling har under många decennier förmått att skapa goda materiella villkor och ett långt friskt liv för det stora flertalet av befolkningen. Men den har samtidigt skapat sjuklighet, utslagning och för tidig död i vissa grupper. Ingen tycker att ojämlik hälsa är rättvist. Att samhället fungerar så att vissa grupper löper systematiskt större risk än andra att förlora en god hälsa framstår för de flesta som orättfärdigt.

Individen har ett stort ansvar för sin egen hälsa. Men vi har också alla ett gemensamt ansvar att med hälsopolitiken motverka de mekanismer i samhällsutvecklingen som skapar en ojämlik hälsoutveckling. Att minska ojämlikheten i hälsa är därför hälsopolitikens överordnande mål.

Hälsopolitiken har liksom den övriga välfärdspolitiken under många år syftat till att förena effektivitet i medlen med jämlikhet i utfallet. Hälsopolitiken har under senare år präglats av stor effektivitet i den meningen att folkhälsan har förbättrats avsevärt, men samtidigt finns flera tecken till att den sociala ojämlikheten i hälsan har ökat.

Orsakerna till ojämlikhet i hälsa var för några decennier sedan främst näringsbrist och trångboddhet m.m. – idag är det nya faktorer som påverkar vår hälsa som arbetsmiljö, bostadssegregation och levnadsvanor.

En hälsopolitik som söker förena effektivitet och jämlikhet står därför ständigt inför nya utmaningar. Den kräver nya kunskaper, nya tekniska lösningar och en stark solidaritet med dem som inte får del av en samhällsutveckling som det stora flertalet får skörda frukterna av.

1.2 En hållbar utveckling ur ett folkhälsoperspektiv

Inom miljöpolitiken talar man ofta om behovet av en hållbar utveckling, en utveckling som inte hotar miljön och de ekologiska systemen. Hänsyn till miljön sätter gränser och anger möjliga utvecklingsalternativ. På motsvarande sätt kan man tala om en hållbar utveckling i ett hälsopolitiskt perspektiv. Det är en samhällsutveckling och levnadsvanor som inte undergräver utan främjar möjligheterna för människan att leva ett hälsosamt liv. Det handlar om att finna en rimlig balans mellan olika intressen

och mål där konsekvenserna för hälsan av olika beslut och utvecklingstrender görs tydliga. Beslutsprocesserna på samhällsnivå bör vara väl förankrade i den demokratiska processen och öka individens möjligheter att välja bort onödiga hälsorisker.

Ett första kriterium för en ur hälsosynpunkt hållbar utveckling är givetvis att befolkningens hälsa skall vara oförändrat god eller förbättras.

I ett befolkningsperspektiv har hälsoutvecklingen i Sverige fortsatt att vara positiv också under de senaste årtiondena. Risken för tidiga dödsfall (före 65 år) har t.ex. minskat för såväl män som kvinnor i bl.a. cancer, cirkulationsorganens sjukdomar, skador och förgiftningar samt självmord.

Utgår man däremot från de mindre privilegierade gruppernas perspektiv tvingas man konstatera att den positiva hälsoutvecklingen varit mycket långsammare eller t.o.m. negativ.

Bland män i yrkesverksamma åldrar har under de senaste årtiondena t.ex. risken att dö före 65 års ålder minskat mycket långsammare bland arbetare än bland tjänstemän. Risken för tidiga dödsfall bland icke facklärda män (20 – 69 år) var under perioden 1981 – 1986 drygt 50 % högre än för män med tjänstemannayrken på mellannivå.

Bland kvinnor i yrkesverksam ålder finns en rad indikationer som pekar mot att hälsans villkor för kvinnor med arbetarbakgrund försämrats och att de sociala skillnaderna i ohälsa ökar. I ett kombinerat kvinno- och klassperspektiv på folkhälsans utveckling kan bl.a. konstateras att risken för tidiga dödsfall bland icke facklärda kvinnor under 1980-talets första hälft var 34 % högre än för kvinnor med tjänstemannayrken på mellannivå. Samtidigt kan konstateras att risken för arbetsolycksfall under 1980-talet ökat något för kvinnor medan den under samma period minskat för män. Speciellt oroande är vidare utvecklingen vad gäller sjukdomar och förslitningar i rörelseorganen. Bland yngre kvinnor med arbetaryrken och lägre tjänstemannayrken har andelen med värk i nacke, skuldror och axlar ökat från 25 till 44 % mellan åren 1980 och 1989. Under samma period har andelen kvinnor som förtidspensioneras på grund av sjukdomar i rörelseorganen ökat mycket kraftigt, och andelen är nu dubbelt så hög för kvinnor som för män.

De klasskillnader i hälsa som konstateras bland vuxna har till viss del också sina rötter i uppväxtvillkoren under barn- och ungdomsåren. Det finns därför dubbel anledning att uppmärksamma de skillnader i fysiska och i än högre grad psykosociala hälsoproblem som präglar olika grupper inom dagens barn- och ungdomsgeneration.

Trots att vi i Sverige har haft en period av högkonjunktur, låg arbetslöshet och en generell ökning av välfärden inom många områden kvarstår eller ökar således de redan tidigare oacceptabelt stora skillnaderna mellan olika social- och yrkesgrupper. Detta gäller nära nog alla folksjukdomar och alla åldersgrupper samt för såväl kvinnor som män.

Detta är inte en hållbar utveckling ur ett folkhälsoperspektiv. Den kan leda till ett samhälle där de som utsätts för de största hälsoriskerna får sina hälsovillkor minst förbättrade och vice versa.

Mot denna bakgrund anser regeringen att ökad jämlikhet skall vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet. Framför allt måste de orsaker som bidrar till ojämlikheten i hälsans fördelning klarläggas och åtgärdas. Därav följer att insatser som medför att de sämst ställdas situation förbättras bör komma i första hand.

1.3 Hälsopolitiskt jämlikhetsarbete

Inom ramen för den generella välfärdspolitiken med dess nära anknytning till folkhälsans villkor kan särskilda åtgärder krävas för att säkerställa att hälsans villkor i första hand förbättras för dem som – i jämförelse med sina jämnåriga – löper störst risk att bli fysiskt eller psykiskt nedslitna.

I en analys av den svenska levnadsnivåundersökningen åren 1968-1981 studerades olika faktorerens betydelse för individernas hälsa. Dessa faktorer var ekonomiska svårigheter under uppväxttiden, små ekonomiska resurser även därefter, fysiskt resp. psykiskt krävande arbetsmiljö, svaga sociala nätverk samt ohälsosamma vanor beträffande kost, tobak och alkohol. Dålig fysisk arbetsmiljö konstaterades därvid vara den främsta orsaken till klasskillnader i fysisk hälsa. Övriga faktorer av betydelse för uppkomsten av skillnader i fysisk sjuklighet är uppväxtförhållanden samt olikheter vad avser konsumtionen av alkohol- och tobak.

Bakom skillnader i psykisk sjuklighet ligger i första hand olikheter i uppväxtvillkor.

En folkhälsopolitik som syftar till att minska klasskillnader i hälsa måste därför omfatta alla samhällsnivåer och flertalet samhällssektorer.

På strukturell nivå är den ekonomiska utvecklingen och fördelningspolitiken av strategisk betydelse. Ökade ekonomiska resurser ger ökade möjligheter att säkerställa också från hälsosynpunkt bättre livsvillkor vad avser arbete, boende och fritid. Samtidigt påverkar dessa livsvillkor såväl möjlighet som benägenhet att välja hälsosammare levnadsvanor.

En god yttre miljö är avgörande för en god hälsa och ger förutsättningar för välbefinnande och rekreation. För att varaktigt minska de miljörelaterade hälsoriskerna måste varor och industriella processer vara fria från hälso- och miljöskadliga ämnen. Utvecklingen av bostäder, arbetsplatser, transporter och naturområden måste också ske så att förutsättningarna för god hälsa och en långsiktig hushållning med naturresurserna främjas.

Utifrån ett sektorsperspektiv har insatser för att förbättra arbetsmiljön, begränsa långtidsarbetslösheten och skapa stödande miljöer för barn och ungdomar strategisk betydelse för att förbättra folkhälsan för utsatta grupper.

Regeringen avser att ge statliga myndigheter med ansvar inom olika samhällssektorer i uppdrag att utarbeta hälsopolitiska jämlikhetsstrategier. Det är önskvärt att motsvarande strategier tas fram på regional och lokal nivå. Regeringens folkhälsogrupp kommer att få i uppdrag att i samarbete med berörda departement aktivt medverka till att initiera detta arbete och konkretisera dess resultat i form av riktlinjer och förslag till åtgärder.

På individuell nivå krävs bl.a. speciella insatser för att utforma hälso-upplysningen på ett sådant sätt att den når – och upplevs som relevant av – i första hand de grupper vilkas vardagsliv präglas av påtvingade eller frivilligt valda ohälsosamma levnadsvanor.

Vi finner det därför angeläget att man såväl på nationell som på regional och lokal nivå söker vidareutveckla former för information om förbättrad folkhälsa som utgår från de utsatta gruppernas livsperspektiv.

1.4 Folkhälsoarbetets sektorsövergripande karaktär

Folkhälsans utveckling och fördelning är beroende av insatser inom de flesta samhällsområden. Arbetet för att förbättra folkhälsan är en kontinuerlig process som genomsyrar hela välfärdspolitiken. Förutom de förslag som kommer att lämnas i denna proposition har regeringen i flera andra sammanhang presenterat förslag som bör få till resultat positiva effekter för folkhälsan.

I regeringens proposition En god livsmiljö (prop. 1990/91:90) föreslås en rad åtgärder för att åstadkomma en bra miljö, såsom bl.a. krav på ytterligare minskade utsläpp av luft- och vattenföroreningar, planer för en avveckling av hälso- och miljöfarliga kemikalier samt ökad återanvändning och återvinning av avfall. Speciella åtgärder för att minska storstädernas hälso- och miljörisiker föreslås också, t.ex. en ökad satsning på miljövänlig kollektivtrafik.

Genom ökade satsningar på rehabilitering av långtidssjukskrivna – som föreslås i regeringens proposition om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m. (prop. 1990/91:141) – förväntas alltfler av de långtidssjukskrivna kunna återgå till förvärvsarbete. Detta medför i sin tur en nedgång i sjukskalet och minskningar av socialförsäkringens kostnader.

En rad olika åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och förnya arbetslivet har vidtagits. Genom arbetsmiljökommissionens arbete har vi fått en bred kartläggning av de farligaste jobben och en god bild av vilka åtgärder som torde vara mest verkningsfulla för att förbättra arbetsmiljön. Inrättandet av de centrala och regionala arbetslivsfonderna har skapat helt andra förutsättningar för att höja ambitionsnivån i det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Målet om arbete åt alla ligger fast. För att värna den fulla sysselsättningen måste konkurrenskraften stärkas och inflationen anpassas till den i omvärlden. Arbetsmarknadspolitiken utformas så, att den på ett effektivt sätt motverkar arbetslöshet och bidrar till ekonomisk tillväxt och inflationsbekämpning.

I första hand skall den öppna marknadens möjligheter användas. Regeringen förstärker därför arbetsförmedlingarna och deras s.k. jobb-sökaraktiviteter.

De arbetsmarknadspolitiska åtgärderna skall stärka kompetensutvecklingen. Regeringen satsar därför på en kraftig förstärkning av utbildningsinsatserna. Insatserna skall också inriktas på att motverka och förhindra

en ökande långtidsarbetslöshet. Även ungdomsåtgärderna förstärks kraftigt.

Utöver de dryga 20 miljarder som beräknas för arbetsmarknadspolitiska åtgärder i budgetpropositionen kommer regeringen senare i dag att föreslå att ytterligare 6 miljarder kronor satsas på arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Det senare ger möjlighet att vidta aktiva åtgärder för ytterligare ca 40 000 personer.

Detta är några exempel, men hit skulle också kunna föras förslag om åtgärder inom flera andra politikområden.

1.5 Utgångspunkter för denna proposition

Denna proposition bygger vidare på propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. (prop. 1984/85:181) där vissa för folkhälsoarbetet centrala frågor behandlades. De övergripande riktlinjer för folkhälsoarbetet som där presenterades, bl.a. mot bakgrund av WHO:s strategi ohälsa för alla år 2000, ligger fast.

Regeringen konstaterade i nämnda proposition bl.a. att det var utomordentligt angeläget att skapa en helhetsbild av hälsoutvecklingen inom befolkningen genom en regelbundet återkommande folkhälsorapport. Folkhälsorapporten skulle belysa utvecklingen och innehålla en analys av förändringarnas innebörd och orsaker. Genom denna rapportering skulle statsmakterna ges möjlighet att bättre följa hur intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen förverkligades. Det anfördes vidare att en rådgivande grupp med uppgift att i första hand behandla tvärsektoriella frågor skulle knytas till hälso- och sjukvårdsberedningen. Riksdagen hade inget att erinra mot vad regeringen anförde i dessa avseenden (SoU 1984/85:28, rskr. 400).

I denna proposition behandlar vi dels vissa frågor av sektorsövergripande karaktär, dels vissa förebyggande insatser inom den sociala sektorn i första hand avseende alkohol och tobak. Av detta följer att vi inte i detta sammanhang tar upp en för folkhälsan så central fråga som arbetslivet och dess förnyelse.

Socialstyrelsens folkhälsorapporter

Socialstyrelsen har, i enlighet med uttalandena i nyss nämnda proposition, huvudansvaret för att ta fram folkhälsorapporter. Dessa skall innehålla beskrivningar och analyser av ohälsans omfattning, fördelning och orsaker samt av hälso- och sjukvårdens resursutnyttjande.

I en första folkhälsorapport, som överlämnades till regeringen i september 1987 (SoS redovisar 1987:15), presenterade socialstyrelsen en kartläggning och analys av hälsosituationen i landet. Denna redovisning förelades därefter riksdagen i en särskild skrivelse om folkhälsans utveckling (skr. 1987/88 :172).

Regeringen uppdrog i november 1989 åt socialstyrelsen att i samarbete med bl.a. statistiska centralbyrån, riksförsäkringsverket och Landstings-

förbundet sammanställa en folkhälsorapport år 1991. Den andra folkhälsorapporten överlämnades i en preliminär version i mars 1991 till regeringen. De redovisningar över riskfaktorer och folkhälsans utveckling och fördelning som lämnas i denna proposition bygger till övervägande del på uppgifter som hämtats ur denna folkhälsorapport.

Folkhälsogruppens arbete

I propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. (prop 1984/85:181) anfördes att en rådgivande grupp med uppgift att i första hand behandla tvärsektoriella hälsopolitiska frågor skulle knytas till hälso- och sjukvårdsberedningen. I och med att socialstyrelsens kartläggning och analys av hälsosituationen i den första folkhälsorapporten år 1987 fanns tillgänglig ansåg regeringen att det fanns tillräckligt med underlag för att inrätta den rådgivande gruppen. Detta föreslogs i den skrivelse om folkhälsans utveckling (skr. 1987/88:172), som regeringen tillställde riksdagen. I skrivelsen redovisades också direktiv för Folkhälsogruppen. Folkhälsogruppen knöts till hälso- och sjukvårdsberedningen som år 1987 omstrukturerades varvid statsministern trädde in som ordförande .

Folkhälsogruppen skall enligt direktiven

- ägna särskild uppmärksamhet åt hälsans ojämlika fördelning,
- följa hälsoutvecklingen och diskutera behovet av olika hälsopolitiska initiativ,
- ta initiativ till förslag om konkreta förändringar och helt nya verksamheter inom skilda samhällssektorer,
- analysera kunskapsbehov samt ställa krav på nya faktaunderlag och ytterligare forskning,
- beakta utbildningsbehov och möjligheter att förstärka den folkhälsovetenskapliga forskningen samt
- vara rådgivande hälsopolitisk grupp och beredningsorgan i dessa frågor för hälso- och sjukvårdsberedningen.

Folkhälsogruppens sammansättning, med bl.a. cheferna för flera myndigheter och företrädare för kommun- och landstingsförbunden som ledamöter, återspeglar dels att arbetet skall ha en praktisk och konkret inriktning, dels att en ökad tyngd skall ges åt tvärsektoriellt samarbete. Folkhälsoperspektivet företräds av experter med kunskaper om de stora folkhälsoproblemen.

Folkhälsogruppen har presenterat förslag till riktlinjer för folkhälsoarbetet och gruppens uppgifter (Folkhälsogruppens skriftserie nr 1, 1989). En viktig utgångspunkt är att folkhälsan är många sektors ansvar. I riktlinjerna anges att gruppen bör ta initiativ till en samlad strategi för folkhälsoarbetet. Strategin skall främst syfta till att motverka ojämlikheter i hälsa genom förebyggande och hälsofrämjande åtgärder som särskilt stödjer de grupper och skikt i samhället som har sämst hälsotillstånd.

Folkhälsogruppen har därför tagit initiativet till ett särskilt strategiprojekt. Projektet skall genom en sammanhållen, tvärsektoriell strategisk

ansats klarlägga mål- och intressekonflikter samt verka för att det tvärsektorielle folkhälsoarbetet skall få ökad tyngd på såväl lokal som regional och nationell nivå.

Strategiprojektet poängterar bl.a. arbetets centrala roll och anlägger ett barn- och ungdomsperspektiv på hälsan.

De bakgrundsrapporter och diskussionsunderlag m.m. som tagits fram inom ramen för Folkhälsogruppens strategiprojekt har utgjort ett viktigt underlagsmaterial för denna proposition. Gruppens strategidokument kommer att redovisas vid en svensk konferens i anslutning till den internationella konferens om Hälsa och Miljö som WHO m.fl. arrangerar i Sundsvall i juni 1991.

Övriga utredningar m.m.

Förutom socialstyrelsens folkhälsorapport och material från Folkhälsogruppens strategiprojekt har nedanstående utredningar m.m. bildat underlag för denna proposition.

Till grund för ställningstagandena vad avser alkohol ligger socialstyrelsens handlingsprogram för sänkning av alkoholkonsumtionen och socialstyrelsens rapport Åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna, liksom socialstyrelsens rapport om Åtgärder mot missbruk av teknisk sprit. Ställningstagandena bygger vidare på alkoholhandelsutredningens betänkanden Handel med alkoholdrycker (SOU 1985:15), Handel med teknisk sprit m.m. (SOU 1986:35) och Partihandel med starköl (Ds S 1986:4). Vidare behandlas frågor som tagits upp i våldskommissionens slutbetänkande Våld och brottsoffer (SOU 1990:92).

Vad gäller tobak utgår regeringens ställningstagande från tobaksutredningens betänkande Tobakslag (SOU 1990:29).

Betänkandet Åtgärder mot doping (Ds 1989:60) bildar underlag för våra ställningstagande vad gäller dopning.

Bedömningen vad gäller hälsohem och hälsovårdshem tar sin utgångspunkt i huvudbetänkandet från alternativmedicinkommitten (SOU 1989:60).

Sammanfattning: Hälsans utveckling globalt är sett över tiden positiv. I u-länderna finns det dock många hot mot denna utveckling. Hälsoskillnaderna i Europa har minskat.

Den svenska befolkningens hälsa har fortsatt att förbättras under de senaste åren. Medellivslängden uppgår nu till 74,8 år för män och till 80,4 år för kvinnor. Vissa undersökningar pekar också på att det är friska år som lagts till livet.

De klassmässiga skillnaderna i hälsa är fortfarande stora och när det gäller dödlighet har de fortsatt att öka under 1980-talet. Det finns särskild anledning att bevaka hälsoutvecklingen bland kvinnor, barn och ungdomar, äldre, handikappade och invandrare.

2.1 En god hälsa för alla

En av de viktigaste delarna av vår personliga välfärd är en god hälsa och att vid sjukdom, skada eller handikapp få en kvalificerad vård och omsorg. I dagligt tal menas med hälsa oftast avsaknad av sjukdom. Hälsan definieras således inte utifrån sina egna egenskaper utan som frånvaron av andra, nämligen olika former av sjuklighet. Detta sätt att definiera hälsa används ofta inom hälso- och sjukvården.

Hälsan kan emellertid också definieras utifrån sina egna egenskaper. I inledningen till WHOs konstitution sägs att "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaro av sjukdom eller handikapp". Detta är en definition som ser hälsan som något positivt och anger inriktningen på det hälsopolitiska arbetet. Den säger att hälsan utöver fysiska och psykiska aspekter har sociala beståndsdelar. Det är nog också denna vidare innebörd som de flesta människor, efter en stunds eftertanke, lägger i begreppet en god hälsa.

I samhället finns vissa begrepp och mått för att beskriva och följa hälsoutvecklingen. Dessa är oftast kopplade till hälsans motsats – ohälsa. Vanliga begrepp och mått är t.ex. dödlighet, vårdutnyttjande, sjukdomsfall med vissa sjukdomsdiagnoser och andel av befolkningen som uppger olika typer av besvär samt läkemedelsförskrivning. Det finns också uppgifter på ohälsans ekonomiska konsekvenser för samhälle och arbetsliv: kostnader för produktionsbortfall, sjukvård, omsorg och sjukförsäkring.

Människors välbefinnande har inte på samma sätt varit föremål för undersökningar. Några undantag finns dock. I de svenska levnadsnivåundersökningarna används begreppet "levnadsnivå" som en beskrivning av välfärden. Levnadsnivån delas i dessa undersökningar upp i ett antal komponenter, som är såväl materiella som immateriella. Exempel på

sådana komponenter är hälsa och tillgång till vård, sysselsättning och arbetsförhållanden, familj och social förankring samt politiska resurser.

Sammantaget kan dock konstateras att hälsa – i dess vidare innebörd – svårligen låter sig fångas i sammanvägda hälsoindex eller ohälsotal. Detta innebär dock inte att statistiska uppgifter inom detta område är ointressanta eller saknar värde. Tvärtom måste dessa instrument vidareutvecklas för att bättre kunna spegla de komplicerade orsakssamband som är förknippade med hälsa och ohälsa.

Hälsan är oftast kopplad till enskilda individer medan begreppet folkhälsa kopplas till hela befolkningen eller till större grupper. Det blir därmed också intressant att studera hälsans utveckling över tiden och dess fördelning mellan olika grupper i samhället. Trots att den svenska befolkningen i stort har en god hälsa är det, som redovisas i denna proposition, ställt utom allt tvivel att det finns stora skillnader i sjuklighet och dödlighet inte bara mellan olika åldrar utan också mellan könen, mellan olika sociala grupper och mellan olika regioner. Också mellan infödda svenskar och invandrare finns det betydande hälsoskillnader. Om sjukligheten i de mer utsatta grupperna kunde minskas till vad som gäller för de bäst ställda skulle folkhälsan avsevärt förbättras.

2.2 Hälsans utveckling i ett internationellt perspektiv

I ett historiskt och globalt perspektiv har nära nog alla länder under det senaste århundradet haft en utveckling som inneburit förbättrad hälsa för deras invånare. Krig och torka har emellertid under vissa perioder brutit utvecklingen. Hotbilderna är samtidigt många, speciellt i de u-länder som har en kraftig folkökning och där skuldsanering leder till kraftiga nedskärningar både av grundläggande hälso- och sjukvård och av utbildning samt till en högre risk för arbetslöshet och fattigdom. Bristen på rent vatten är ett stort problem i många u-länder.

Det kan samtidigt konstateras att vissa länder lyckats föra en utvecklingspolitik som förbättrat folkhälsan långt utöver vad man kunnat förvänta med hänsyn till landets ekonomiska resurser. Samhällsinsatser av strategisk betydelse har därvid ofta varit en medveten fördelningspolitik som reducerat den yttersta fattigdomen, satsningar för att ge kvinnor samma utbildningsmöjligheter som män, och en prispolitik vad avser baslivsmedel som ökat de fattigas möjligheter att undvika svält och undernäring.

På samma sätt är det naturligtvis intressant att försöka finna svar på frågan varför Japan på mycket kort tid kunnat gå från en u-landsposition till ett land med världens friskaste befolkning. Den snabbare förbättringen av folkhälsan i Japan än i länder som Storbritannien och Sverige under efterkrigstiden kan inte förklaras av större medicinska insatser. Den kan heller inte förklaras av en mindre andel rökare eller måttligare konsumtion av alkohol, eftersom några betydande förändringar i dessa avseenden inte skett. En viktig skillnad är emellertid matvanorna. Konsumtionen av animaliskt fett är mycket lägre i Japan än i flertalet europeiska länder.

Dessutom har man lyckats att kraftigt minska konsumtionen av salt. En annan bidragande orsak torde vara den kraftiga ekonomiska tillväxten som tillsammans med en aktiv fördelningspolitik inneburit en kraftig förbättring av villkoren för de sämst ställda. Detta har sannolikt bidragit till att dödligheten bland arbetare minskat snabbare än bland övriga grupper. Ett land som lyckats minska klasskillnaderna i hälsa är naturligtvis mycket intressant från svensk sida.

På grund av brister i den jämförande internationella statistiken finns endast uppgifter om olika sammanfattande mått på folkhälsan att studera. Det handlar då om medellivslängd och dödlighet. Statistiken över dödsorsaker sträcker sig f.n. inte heller längre fram än till år 1987.

Dödligheten under första levnadsåret har minskat inom så gott som samtliga OECD-länder mellan åren 1980 och 1987. I de länder som hade hög spädbarnsdödlighet i början av perioden har den minskat mest. Därmed har en utjämning skett.

Ett annat mått på hälsa är medellivslängd. Under 1980-talet har medellivslängden i Japan ökat mest av alla länder – och detta från ett redan mycket gott utgångsläge. En japansk man levde år 1987 i genomsnitt 75,6 år. I samtliga OECD-länder är kvinnorna mer långlivade än männen. En japansk kvinna levde år 1987 i genomsnitt 81,4 år.

WHO:s statistik från år 1989 gör det möjligt att jämföra dödligheten för åldersgruppen 35-64 år mellan länderna. Sedan jämförelsen rensats från skillnader i befolkningarnas åldersfördelning konstateras även här att Japan redovisar de lägsta dödlighetstalen – för män 528 döda per år och 100 000 invånare. Motsvarande siffra för kvinnor var 257. Sverige redovisas på en andraplats i statistiken för männen med 575 döda per 100 000 invånare och på en tredjeplats i statistiken för kvinnorna, efter Japan och Spanien, med en dödlighet om 299 per 100 000 invånare.

I Västeuropa har man under senare år kunnat observera en betydande minskning av dödligheten bland medelålders och äldre. Stora minskningar har skett bl.a. i Norge, Storbritannien och Frankrike och i synnerhet i Finland, Västtyskland och Italien. Skillnaderna i Västeuropa minskar och Sveriges försprång blir således allt mindre. Utvecklingen i Europa som helhet dämpas dock av den negativa utvecklingen i flera östeuropeiska länder, där medellivslängden till och med minskat.

Det är mycket svårt att jämföra klasskillnaderna i hälsa mellan olika länder. De begränsade forskningsresultat som finns tyder dock på att de svenska klasskillnaderna i såväl dödlighet som sjuklighet är mindre än i andra jämförbara länder. De andra nordiska länderna, som socialt och historiskt är nära besläktade med vårt land, uppvisar med Sverige likartade förhållanden. Det kan tyda på att konsekventa ansträngningar för att minska klasskillnader genom generella välfärdsreformer har haft en också i ett folkhälsoperspektiv positiv effekt.

Utvecklingen i Sverige har under 1980-talet präglats av bättre hälsa, men inte för alla. Man kan sålunda konstatera följande.

- Livslängden har ökat.
- Funktionsnedsättningarna har minskat kraftigt.
- De klassmässiga skillnaderna i sjuklighet är alltjämt betydande och när det gäller dödlighet har de fortsatt att öka under 1980-talet.
- De långvarigt sjuka och handikappade har en i många avseenden låg levnadsnivå och förefaller att få allt svårare att konkurrera på arbets- och bostadsmarknaderna.

Längre livslängd för medelålders och äldre

Medellivslängden i Sverige har från år 1980 till år 1990 ökat med cirka två år – från 72,8 år till 74,8 år för män och från 78,8 år till 80,4 år för kvinnor. Särskilt för männen är det en ovanligt kraftig ökning. Medan den sjunkande barnadödligheten var avgörande för medellivslängdens ökning under tidigare decennier var det under 1980-talet den sjunkande dödligheten bland medelålders och äldre som betydde mest.

Den kraftiga minskningen i barnadödligheten under 1960- och 1970-talen har avtagit under 1980-talet. Spädbarnsdödligheten har hållit sig oförändrad på en mycket låg nivå – färre än sex döda per tusen födda. Samtidigt har dödligheten bland män i åldern 40-50 år, som ökade under åren 1965-79, övergått i en minskning på över 2 % per år. Även dödligheten bland äldre män har minskat på senare år, medan dödligheten bland äldre kvinnor har minskat kraftigt under flera decennier. I själva verket har den återstående medellivslängden för kvinnor vid 65 års ålder ökat lika mycket under perioden från 1950 till 1990 som under perioden 1750 till 1950. Till och med för människor över 80 år har den återstående medellivslängden under 1980-talet ökat med 10 %.

Det är friska år som lagts till livet

Intervjuundersökningar om hur människor upplever sin hälsa och funktionsförmåga talar för att det är fler friska år som lagts till livet. Beräkningar från statistiska centralbyrån har således visat att samtidigt som antalet levnadsår har ökat har antalet levnadsår med måttlig eller svår ohälsa minskat. Särskilt har andelen personer i befolkningen med rörelsehinder minskat kraftigt – med cirka en sjättedel på tio år. Det är främst i åldersgruppen 50-75 år som förbättringar skett. Motsvarande undersökningar från bl.a. Förenta Staterna och Storbritannien talar för att det där inte i lika hög utsträckning är friska år som lagts till livet.

Även om denna typ av mer övergripande mått på befolkningens överlevnad och funktionsförmåga visar en mycket positiv utveckling utesluter den inte – som vi senare skall redogöra för – att vissa stora folksjuk-

2.4 Hälsans ojämlika fördelning

Klasskillnaderna i dödlighet har successivt ökat sedan början av 1960-talet. Då hade vissa yrkesgrupper bl.a. inom sjöfart, handel och restaurangnäringen höga dödstal, men i övrigt var de socioekonomiska skillnaderna små. Den ökning av dödligheten bland medelålders män mellan åren 1965-79, som nämndes i avsnitt 2.2, har främst visat sig vara ett resultat av en ökad dödlighet i kranskärslsjukdom och alkoholskador bland industriarbetare. Även jordbrukare som tidigare haft en mycket låg dödlighet har haft ökande dödstal. Som ett resultat av denna utveckling är läget vid den senaste kartläggningen, som gäller åren 1981-86, att dödligheten bland manliga icke facklärd arbetare är 55 % högre än för jämnåriga högre tjänstemän (se tabell 1). Bland kvinnorna är motsvarande skillnad 16 %, vilket endast är några få procentenheter mer än 20 år tidigare. Om kvinnor klassificeras efter hushållets klass är skillnaden så stor som 37 %. I flera andra europeiska länder har utvecklingen varit likartad.

Det framgår också av tabell 1 att klasskillnaden i barnadödlighet är påfallande hög. Även om barnadödligheten totalt sett är mycket låg, tack vare att Sverige har en mycket låg dödlighet i bl.a. olycksfallsskador, är det ändå allvarligt att arbetarbarnens överdödlighet är särskilt uttalad i sådana olycksfall, som man vet hur man skall förhindra.

Tabell 1: Dödstal i olika socioekonomiska grupper i Sverige åren 1981-86. Åldersstandardiserade tal där tjänstemän på mellannivå = 100. Kvinnor klassificeras efter hushållets grupp, det vill säga efter mannens, om den är högre än kvinnans.

	Pojkar 1-19 år	Flickor 1-19 år	Män 20-69 år	Kvinnor 20-69 år
Högre tjänstemän	97	98
Mellan tjänstemän	100	100	100	100
Lägre tjänstemän	121	92	125	117
Facklärd arbetare	131	136	127	123
Ej facklärd arbetare	158	132	151	134

Källa: Vägerö/Diderichsen m.fl. (red): Klass och ohälsa. Tiden 1991.

Analysen av materialet visar att klasskillnaderna i dödlighet bland vuxna är särskilt uttalade i åldersintervallet 30-45 år. I denna åldersgrupp har ej facklärd arbetare en överdödlighet som uppgår till det dubbla mot vad man finner bland högre tjänstemän. I själva verket kan vi konstatera att skillnaderna har blivit gradvis större hos allt yngre åldersgrupper av män – dvs. att de som föddes på 1940-talet uppvisar större skillnader redan i fyrtioårsåldern jämfört med de män som föddes på 1920-talet. Denna

ökning kan inte bara tillskrivas det faktum att färre i den yngre generationen får industriarbetaryrken och att det av det skälet blir en annan selektion. I stället visar beräkningar att den andel av de förtida dödsfallen som skulle förebyggas om de sociala skillnaderna undanröjdes blir allt större.

Det faktum att det redan vid inträdet på arbetsmarknaden finns betydande klasskillnader i dödlighet pekar på att mekanismerna bakom detta fenomen måste sökas redan i barna- och ungdomsåren. Socialpediatriska studier från Uppsala har visat att de socioekonomiska förhållandena under uppvuxten har avgörande betydelse för att ungdomar under skoltiden utvecklar läs- och skrivsvårigheter, övervikt, kamratproblem, psykiska symptom, aggressivitet och andra beteendevikelser. Vid 18 års ålder hade 12 % av pojkarna utvecklat allvarliga sociala och psykiska problem. Pojkar med arbetarbakgrund uppvuxna i det s.k. miljonprogrammets allmännyttiga hyreshusområden var flerfaldigt överrepresenterade i denna grupp.

De exakta mekanismerna bakom dessa samband är inte kända, men man antar att ett mönster där klassbetingade sociala och ekonomiska påfrestningar i barnaåren ökar risken för tidiga relationsstörningar och för skolmisslyckanden. Båda dessa faktorer kan i sin tur försvåra en normal känslomässig och språklig utveckling. Detta kan i sin tur medföra olika beteendevikelser i form av aggressivitet, missbruk och ökad olycksfallsrisk m.m.

2.5 Vissa grupper

2.5.1 Kvinnor

Livsvillkoren för män och kvinnor är mycket olika. Kvinnor fortsätter att arbeta i traditionella kvinnoyrken med sämre villkor än män. Den kvinnliga förvärvsfrekvensen ligger nu mycket nära männens. Trots det fortsätter kvinnorna att ta ett stort ansvar för hem och familj. Rapporter från konsumentverket visar att kvinnor arbetar med hemarbete så mycket som 37 timmar per vecka, dvs. mer än dubbelt så lång tid som män.

Kvinnors sjukdomar, symptom och skador orsakas av ett samspel av betingelser som arbetsbelastning med förslitningseffekter, låg lön, långa arbetsdagar, monotona jobb, litet inflytande och omsorgsansvar.

De sociala och yrkesmässiga skillnaderna i ohälsans fördelning har emellertid traditionellt varit mycket mindre bland kvinnor än bland män. Under 1980-talet har dock utvecklingen varit så ogynnsam för arbetarkvinnorna att de bör komma i centrum i folkhälsoarbetet. Det finns nämligen en rad tecken på att dessa kvinnors hälsa försämrats.

Så minskar till exempel dödsrisken bland kvinnliga arbetare i samtliga åldersgrupper upp till 65 år mindre än för övriga kvinnor i samma åldersgrupper. Risken för tidiga dödsfall bland icke facklärd kvinnor är 34 % högre än för kvinnor med tjänstemannayrken på mellannivå. När risken

för arbetsolycksfall minskat bland männen under 1980-talet, har den samtidigt ökat bland kvinnorna.

Även kvinnornas sjukfrånvaro har under 1980-talet ökat mer än männens. Det är framför allt de långa sjukskrivningarna som ökat. Antalet anmälda arbetssjukdomar har ökat snabbare bland kvinnor än bland män.

Risken för en kvinnlig icke facklärd arbetare att bli förtidspensionerad på grund av sjukdomar i rörelseorganen är tio gånger större än för en manlig högre tjänsteman.

Drygt 40 % av unga kvinnliga arbetare röker dagligen, vilket kan jämföras med 15 % bland unga kvinnliga tjänstemän på mellannivå. Att så många kvinnor röker i arbetar- och vårdyrken kan bl.a. förstås mot bakgrund av att en rökpaus ofta är den enda legitima pausen i arbetet. Rökandet kan också upplevas som en tillfällig stimulans i pressade situationer.

Konsumtionen av alkohol tycks ha ökat speciellt bland kvinnor med arbetaryrken.

Misshandel i hemmet är en av de allvarligaste hälsoriskerna för kvinnor. Cirka 14 000 kvinnor anmäler årligen att de blivit utsatta för misshandel av sina män. Det finns dock ett betydande mörkertal, varför antalet misshandlade kvinnor kan förväntas vara flera gånger större.

De kvinnor som har det allra svårast är de cirka 2 000 prostituerade. Missbruk, isolering från släkt och vänner och stora risker för att bli utsatta för våld hör till bilden.

2.5.2 Barn och ungdom

Svenska barns hälsa är i ett historiskt och internationellt perspektiv mycket god – och det gäller såväl somatisk som psykisk hälsa. Samtidigt kvarstår betydande socioekonomiska skillnader i sjuklighet och dödlighet bland svenska barn. Folkhälsoarbetet bland barn har således trots stora framsteg under årens lopp ännu mycket att vinna.

Det är framför allt dödligheten som är jämförbar i dessa perspektiv. Barnadödligheten har minskat kraftigt under hela efterkrigstiden och har under 1980-talet stannat på en jämfört med andra länder mycket låg nivå. Det är i synnerhet den sjunkande dödligheten i olyckor som bidragit till denna utveckling. Trots en enorm ökning av biltrafiken har dödligheten i olyckor minskat med tre fjärdedelar på 30 år. Jämfört med exempelvis Danmark, Finland och Förenta Staterna är risken för ett svenskt barn att dödas som bilpassagerare en tredjedel av risken i nämnda länder. Denna utveckling illustrerar vilken effekt en konsekvent hälsopolitisk satsning på trafikområdet har kunnat åstadkomma. Ett säkerhetstänkande har genomfört lagstiftning, fysisk planering, arkitektur, produktkontroll, barnomsorg och skola. En framgångsrik samverkan har åstadkommits mellan å ena sidan institutioner och myndigheter och å andra sidan frivilligorganisationer och företag. Ändå måste vi konstatera att de sociala olikheterna i dödlighet i olycksfall har varit mycket uttalade under 1980-talet och de

visar inga tecken på att minska. De illustrerar emellertid att fortsatt stora potentiella möjligheter finns för det förebyggande arbetet.

Jämfört med tidigare förhållanden drabbas mycket få barn av livshotande akuta infektioner. Samtidigt har risken att födas med någon missbildning eller att insjukna i cancer varit relativt konstant under många år. Behandlingen av barncancer har dock gjort stora framsteg. Medan nästan alla barn som på 1950-talet insjuknade i leukemi eller hjärntumör avled, kan vi idag konstatera att 70-80 % botas från sin sjukdom.

Drygt 7 % av svenska barn uppges ha långvarig sjukdom eller handikapp, därav 1,3 % allvarligt. Andelen är högre bland barn till arbetare (9 %) jämfört med barn till tjänstemän (6 %). Flera vanliga långvariga sjukdomar bland barn förefaller att öka. Under de senaste två decennierna förefaller förekomsten av både astma och diabetes ha ökat påtagligt. Även förekomsten av cerebral pares (CP), som minskade fram till 1970-talet, har därefter ökat, sannolikt till följd av att fler för tidigt födda barn överlever – flertalet ändå till fullt friska liv. Aktuella studier talar för att levnadsförhållandena för handikappade barn och deras familjer har förbättrats kraftigt på senare år, även om den sociala och psykologiska belastningen fortfarande är mycket stor, inte minst bland mödrar till handikappade barn.

Psykiska störningar bland barn är vanliga – i vissa undersökningar upp till 25 %. Utbredningen förefaller inte ha förändrats sedan 1950-talet. Symptombilden verkar dock ha förändrats med tydligare tecken på otrygghet, dålig självkänsla och aggressivitet. Medan omgivningen oftare tycker sig se problem hos pojkarna är det enligt barnen själva flickorna som i första hand upplever psykiska och psykosomatiska besvär.

När barn själva rapporterar om sin hälsa, trivsel med skola, relation till föräldrar m.m. finner man samtidigt att svenska barn i jämförelse med andra europeiska barn upplever sin situation som mycket positiv. Svenska barn har också bättre vanor när det gäller alkohol, narkotika och tobak än barn i andra länder.

Uppföljande studier visar att, medan det bland små barn är ganska små sociala skillnader i psykisk och somatisk hälsa, dessa tycks successivt förstärkas under skolgången. Således förekommer det vid 18 års åldern en stark anhopning av psykiska symptom, läs- och skrivsvårigheter, aggressivitet, missbruk och kamratsvårigheter bland de barn som växt upp under sociala och ekonomiskt utsatta omständigheter och i segregerade bostadsområden. Föräldrarnas klass och hälsa är ofta avgörande för barns uppväxtvillkor. De påverkar sannolikheten för att barnen får växa upp i bostadsområden, som präglas av resursfattigdom och instabilitet. Segregationen sätter också spår i förskola och skola. Risken för skolmisslyckande ökar och därmed påverkas barnens självkänsla och framtidsutsikter. Levnadsvanor och yrkesval och därmed den framtida hälsan som vuxen grundläggs således tidigt. Även om vårt samhälle på många sätt utvecklas mot att traditionella sociala och ekonomiska klassgränser suddas ut, kan vi konstatera att människors yrke och sociala position har ett oförminskat stort förklaringsvärde i relation till hälsa och levnadsvanor.

En särskilt utsatt grupp är flyktingbarn. Många av dessa har varit utsatta för krig och förtryck. Deras liv är även efter flykten till ett fredligt land präglad av mardrömmar, oro och ängslan samt koncentrationssvårigheter m.m.

2.5.3 Äldre

Utvecklingen av medellivslängden kan tjäna som en illustration till att befolkningens och därmed de äldres hälsa och levnadsförhållanden har förbättrats sedan början av detta sekel. Under 1900-talet har den svenska kvinnan ökat sin medellivslängd med 24 år och mannen med 20 år.

De flesta äldre förblir friska högt upp i åren och klarar sig utan större hjälpinsatser från samhället. 95 % av samtliga äldre över 65 år bor i vanliga bostäder. I gruppen över 90 år bor fortfarande hälften kvar i det egna hemmet. Av samtliga ålderspensionärer klarar sig 80 % utan hemtjänstens insatser. Inom gruppen äldre har det dock skett en kraftig förskjutning i ålderssammansättningen bland dem som får hjälp. I början av 1980-talet var ca 40 % 80 år eller äldre. Tio år senare har denna andel ökat till närmare 50 %.

Ett centralt problem inom gerontologin är definitionen av åldrande. Många försök har gjorts att särskilja de förändringar hos äldre som är orsakade av ett naturligt och biologiskt åldrande från dem som beror på sjukliga processer. Äldre människor är dock i grunden lika olika som medelålders eller yngre människor. Åldrandeprocessen har olika förlopp hos varje individ, och den får påtagliga effekter på funktionsförmågan vid mycket varierande ålder. Det går emellertid att visa generella skillnader i de äldres hälsa som beror på de villkor de haft tidigare i livet vad gäller yrke, arbetsmiljö, levnadsvanor osv. Bland de äldre som haft ett tungt arbete eller en riskfylld arbetsmiljö är långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar betydligt vanligare än bland andra grupper. Man har också visat att äldre människors funktionsnedsättningar oftast har sin orsak i sjukdom eller skador och inte i det biologiska åldrandet.

Bland äldre kvinnor är klasskillnader i dödlighet något större än bland äldre män. Klasskillnaden bland kvinnor över 65 år är således större än bland kvinnor under 65 år. Förklaringen ligger kanske i att kvinnornas arbetssituation förändras mindre vid pensioneringen bl.a. på grund av hemarbetets fördelning och genom att fler kvinnor, särskilt arbetarkvinnor, blir änkor tidigare. Detta återspeglas i en 22 % högre dödsrisk bland arbetande kvinnor (65-83 år) än bland kvinnor med lång utbildning. För männen är motsvarande skillnad 12 %. I ökande utsträckning har äldre invandrare börjat uppmärksammas. Deras situation, ofta präglad av språklig och kulturell isolering, föranleder inte sällan särskilda insatser inom vård och omsorg.

Omfattande studier av det normala åldrandet – biologiskt, psykologiskt och socialt – ingår i den s.k. H 70-undersökningen i Göteborg. Bl.a. har man kunnat visa att de äldre blir mer vitala och håller sig friskare längre mellan olika generationer. Erfarenheterna visar också att åldrandet både

är möjligt att påskynda och att fördröja genom att man påverkar yttre faktorer som livsmiljö och levnadsvanor. Levnadsvanor i form av låg aktivitetsnivå, dåliga matvanor, rökning och användning av alkohol har sannolikt stor betydelse för åldrandeprocessen. Levnadsvanorna grundläggs tidigt i livet, men det är först på äldre dar, när marginalerna krymper, som följderna blir märkbara. Psykisk och fysisk aktivitet motverkar åldrandet. Påtvingad ensamhet genom förlust av en nära anhörig kan indirekt påskynda åldrandet. Bland änkor och änklingar finns en stor överdödlighet. Isolering och understimulering försämrar den psykiska hälsan. Brist på mänsklig kontakt och värme kan för en gammal människa leda till samma symptom som vid en äkta demenssjukdom. På grund av svårigheten att skilja sjukdomstillstånd från normalt åldrande sker i många fall en onödig medicinering. Detta kan i sin tur ge biverkningar som försvårar för de äldre att leva ett aktivt liv.

2.5.4 Handikappade

Människor med funktionshinder är större konsumenter av sjukvård än befolkningen i övrigt. Såväl primärvårdens förebyggande och hälsovårdande insatser som medicinsk specialistvård och åtgärder som habilitering och rehabilitering är av avgörande betydelse för att människor med funktionshinder skall kunna uppnå delaktighet och jämlikhet. I synnerhet för människor med funktionshinder till följd av långvariga sjukdomar är det av stor vikt hur hälso- och sjukvården är utbyggd och organiserad. Många personer med medicinska handikapp måste ha regelbunden behandling under hela sitt liv. Det gäller t.ex. personer med diabetes, psoriasis, njursjukdomar och epilepsi. Andra personer med funktionshinder är beroende av annan hälso- och sjukvårdsservice, t.ex. hjälpmedel, för att klara det dagliga livet.

Det råder stora skillnader i välfärd mellan handikappade och andra människor. Mycket tyder också på att förhållandena bland människor med olika slags sjukdomar kan liknas vid ett eget klassamhälle med egen ojämlikhet.

I Handikapputredningens betänkande SOU 1990:19 redovisas resultaten av en enkät till kommunernas socialtjänst. Av denna framkom att endast 1/4 av kommunerna ordnat "meningsfull sysselsättning" för ungdomar med funktionshinder. Motsvarande uppgift för vuxna var 36 %. I en enkät till de berörda uppgav 62 % att de saknade arbete utanför hemmet och 72 % att de saknade daglig sysselsättning.

Trots arbetsmarknadspolitiska åtgärder har människor med funktionshinder en avsevärt högre arbetslöshet än genomsnittet. Det finns många som aldrig har fått fotfäste på arbetsmarknaden. Andra har blivit arbetslösa på grund av brister i arbetsmiljön eller på grund av att deras funktionshinder har förvärrats. Arbetsuppgifter och arbetsmiljö etc. har inte anpassats i tillräcklig grad och behov av utbildning till andra arbetsuppgifter har inte beaktats tillräckligt. Under de senaste decennierna har antalet förtidspensionärer ökat kraftigt. En anledning torde vara bristande

samordning mellan olika arbetsgivare och myndigheter. Vågar att motverka sådana utslagningsmekanismer behandlas genom olika centrala aktiviteter. Bland dem kan särskilt nämnas åtgärder mot bakgrund av rehabiliteringsberedningens förslag, Tidig och samordnad rehabilitering (SOU 1988:41).

Samhället har en viktig uppgift i att undanröja hinder för mänsklig verksamhet och social gemenskap. Anpassningar av verksamheter och miljöer måste utgå från den enskildes situation och resurser som helhet. Det förutsätter ingående kännedom om handikappade människors situation och behov samt medverkan av dem som är berörda av åtgärderna och deras organisationer.

2.5.5 Invandrare

Invandrare är inte någon homogen grupp av befolkningen. Invandramnas hälsa påverkas dels av levnadsvanorna i den kultur man kommer ifrån, dels av de villkor under vilka man bor och arbetar i Sverige. En stor del av invandrarna lever i storstadsregionerna och arbetar i utsatta yrken.

Många invandrare har arbetat länge i yrken som redovisar hög sjuklighet. Invandrare har, utöver problemen med att göra sig förstådda på ett nytt språk, ofta också anställning i sådana yrken där de har litet inflytande över arbetet och där deras kunskaper tillvaratas dåligt. Detta förbättrar inte ett ofta dåligt utgångsläge. Sjuktalet bland utländska medborgare ligger 70 % över svenska medborgares nivå. De sydeuropeiska medborgarnas sjuktalet ligger nästan tre gånger så högt som svenskarnas.

Invandrare har också, enligt en undersökning i Stockholms län, en högre dödlighet. Det gäller särskilt barn i åldern 5-9 år. Det tycks vara så att ju längre invandrabarnen vistats i Sverige, desto mer liknar barnens fysiska hälsa de svenska barnens. Det är således under tiden närmast efter ankomsten till Sverige som barnen är mest utsatta. Detta gäller särskilt flyktningbarnen. Många av dem har genomgått upplevelser som givit dem psykiska men som kanske varar hela livet om hjälp inte ges. Det är således särskilt angeläget att vidta riktade insatser för denna grupp.

Sammanfattning: Levnadsvillkoren styr hälsan. De ekonomiska förutsättningarna avgör ofta kvaliteten i boende, fritidsaktiviteter och kosthåll. Arbetslivsfaktorer, såsom arbetsmiljö och risken för arbetslöshet, har emellertid grundläggande betydelse. Under senare år har därtill ökad uppmärksamhet riktats mot hälsfaktorer i den yttre miljön.

Förutom fördelnings-, arbetsmarknads- och miljöpolitiska insatser, kan insatser som syftar till förändringar i kosthållning, fysisk aktivitet samt alkohol- och tobaksvanor minska hälsoriskerna högst väsentligt.

Folkhälsopolitiken syftar bl.a. till att öka medborgarnas möjligheter att välja hälsosamma levnadsvanor och därmed undvika onödiga hälsorisker. Speciell uppmärksamhet skall därvid ges insatser för att förbättra hälsans villkor för de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa och tidig död.

3.1 Kost

Levnadsvanorna har stor betydelse för hälsan. Kostens sammansättning tillsammans med rökning, alkoholvanor och motion är de viktigaste faktorerna i detta sammanhang. Felaktig kost beräknas svara för ungefär en tredjedel av cancerfallen, medan rökningen antas svara för ungefär en femtedel.

Alltsedan år 1965, då statens institut för folkhälsan gav ut sina rekommendationer om kosten, har de övergripande målen för svensk kosthållning varit följande:

- fett bör utgöra högst 30 % av energiintaget,
- kostfiberintaget bör vara minst ca 30 gram per dag samt
- kolhydrater bör utgöra minst 55-60 % av energiintaget, därav högst 10 % från socker.

Sedan 1960-talet har svenskarna ökat konsumtionen av grönsaker och frukt samt minskat användningen av socker som önskat. Den önskvärda konsumtionsökningen av färsk potatis har däremot inte kommit till stånd, utan i stället blivit en minskning; ökningen av bröd har blivit 3 % och av mjöl, gryn och pastaprodukt 10 % i stället för önskvärda 25 %. Den önskvärda minskningen av matfettet med 25 % har delvis uppnåtts genom en minskning med 20 %. Sedan år 1960 har kostens fetthinnehåll varierat mellan 39 och 37 %. Under 1980-talet har den minskat med ett par procentenheter. Det är dock ännu för tidigt att tala om någon ihållande trend. Däremot har andelen fleromättade fettsyror i kostfettet ökat, vilket är positivt för arbetet med att minska hjärt- och kärlsjukligheten. Fiberinnehållet behöver ökas från dagens 20 gram till önskvärda 30 gram.

I målformuleringen för den svenska livsmedelspolitiken beaktas hälsoaspekterna. I 1990 års livsmedelspolitiska beslut (prop 1989/90:146, JoU25, rskr. 327) uttrycks detta som att den nya livsmedelspolitiken skall bidra till en väl sammansatt kost och därmed till en bättre folkhälsa.

Vår kunskap om kostvanornas fördelning i befolkningen är ofullständig, men flera studier talar emellertid för att unga män i arbetaryken utgör en uttalad riskgrupp, medan den medelålders kvinnan i ett akademikeryrke utgör en kontrast. Det vore fel att påstå som en slutsats att kostvanorna enbart är en fråga om kunskaper och insikter. Det är också en fråga om ekonomiska förutsättningar, val av bruksmetoder, jordbruks- och livsmedelspolitikens utformning samt marknadsföring och olika matvarors tillgänglighet. Mycket talar för att kvinnorna i högre grad förbättrar sina matvanor med åren, medan männen ofta håller kvar sina mindre hälsosamma vanor vad gäller fett och fibrer.

Som ett resultat av stort fettintag och liten fysisk aktivitet är 36 % av befolkningen i åldern över 15 år överviktiga. Andelen överviktiga blir högre med stigande ålder, men minskar efter 75-årsåldern. I åldersgruppen 45-64 år är de närmare 50 %. Kraftig övervikt medför ökad risk för kärlkramp, hjärtinfarkt, högt blodtryck, diabetes, gallvägssjukdomar, ledbesvär samt vissa typer av cancer.

3.2 Fysisk aktivitet

Det moderna samhället har på många sätt förbättrat förutsättningarna för att man skall kunna upprätthålla en god hälsa. När det gäller den fysiska aktiviteten har dock, genom att arbetsmoment som tidigare klarades med muskelkraft mekaniserats och att stillasittande inomhusarbete blivit allt vanligare, denna minskat. Förr i tiden fick kroppen motion både i arbetet och på fritiden. Det fanns en direkt koppling mellan fysisk aktivitet och överlevnaden. Vår tillvaro i dag består till stor del av att vi sitter eller ligger. Den stimulans som vävnader och inre organ får genom fysiskt arbete har därigenom minskat avsevärt. Bristen på fysisk träning behöver kompenseras.

Fysisk aktivitet kan bestå av såväl tävlings- och motionsidrott som trädgårdsskötsel och vistelse ute i skog och mark. Fysisk aktivitet har klart dokumenterade fysiologiska funktionsförbättrande effekter, ökar välbefinnandet och kan också användas vid behandling och rehabilitering. Motion kan exempelvis bidra till att öka muskelstyrkan, vilket i sin tur kan minska muskel- och ryggsmärtor. Motion förhindrar vidare urkalkning i skelettet - något som är särskilt viktigt för kvinnor. Vid blodpropp bidrar motion sannolikt till minskad risk för återfall. Fysisk aktivitet innebär även att det goda kolesterolet (HDL) ökar på bekostnad av det skadliga (LDL). Fysisk aktivitet kan normalisera blodtrycket.

Forskarna har i flera sammanhang kunnat redovisa starka statistiska samband mellan låg fysisk aktivitet och sjuklighet. Mycket talar för att motion förebygger ohälsa och bidrar till att behålla en god hälsa. Fysisk

inaktivitet är en riskfaktor för många sjukdomar, inte minst för de som kan relateras till försämrad cirkulation eller fel i ämnesomsättningen.

God kondition innebär att man orkar mer. För samma arbete blir pulsen lägre, hjärtat mindre belastat och den upplevda ansträngningsgraden mindre. Forskningen visar att konditionen måste underhållas med regelbunden motion för att inte den högre kapaciteten skall förloras. Slutsatsen är att den fysiska aktiviteten måste vara regelbunden, långsiktig och ingå som en integrerad del i den vanliga livsföringen.

Vissa studier tyder på att motion kan påverka ångesttillstånd och lättare depressioner positivt.

Det förekommer förvisso skador i samband med motionsutövning. Detta gäller särskilt då otränade personer ägnar sig åt idrott som kräver stor muskelstyrka eller uthållighet. Dessa skador kan emellertid i stor utsträckning förebyggas.

Vissa försök har gjorts t.ex. i Västmanland med läkarordinerad motion för bl.a. rehabilitering av sjukskrivna. Patienter som är överviktiga, har ryggbesvär eller är i riskzonen för hjärt- och kärlsjukdom har föreskrivits särskilt anpassad motion. Verksamheten bygger på samarbete mellan primärvården och idrottsföreningarna. Omkring hälften av dem som deltagit i projektet ansåg att deras tillstånd, kondition och humör hade förbättrats.

Av männen uppger 14 % av dem över 15 år att de aldrig motionerar. Motsvarande siffra för kvinnorna är 15 %. År 1988 var 18 % av manliga arbetare inaktiva, medan andelen för manliga tjänstemän var 8 %. Motsvarande siffror för kvinnor var 16 resp. 11,5 %.

Inaktiviteten stiger med tilltagande ålder. Senare studier visar att fysisk aktivitet kan påverka åtminstone vissa delar av åldrandet, exempelvis vad avser muskelstyrka.

Bland barn och ungdom är det i dag fler än tidigare som är organiserade i idrottsföreningar, men samtidigt är det färre som ägnar sig åt motions- eller tävlingsidrott. Tillkomsten av video, dataspel och liknande fritidsaktiviteter kan därvid ha spelat en viss konkurrerande roll. Skolan har en viktig roll för att på ett pedagogiskt sätt ge impulser till fysisk träning och motion för resten av livet.

3.3 Tobak

Kunskapen om tobakens hälsorisker är av relativt sent datum. Det var t.ex. först under 1950-talet som sambandet mellan rökning och cancer började uppmärksammas i större omfattning. Numera är rökningens hälsoskadliga effekter mycket väl dokumenterade. Kunskapsöversikter om effekterna har också gjorts i flera tidigare utredningar, t.ex. i Hälso- och sjukvård inför 90-talet, HS 90 (SOU 1981:1), i cancerkommitténs slutbetänkande Cancer-orsaker-förebyggande m.m. (SOU 1984:67) och i socialstyrelsens folkhälsorapport 1987 (SoS redovisar 1987:15). Tobakens skadeverkningar tas även upp i socialstyrelsens nyligen publicerade folkhälsorapport.

Mer än 4 000 olika kemiska ämnen har identifierats i tobaksrök. Av dessa är ett 40-tal cancerframkallande. Rökningen har i stora epidemiologiska studier från många länder visat sig ha ett klart samband med den totala dödligheten. Rökning ökar riskerna för en rad olika sjukdomar och skador. Den kvantitativt viktigaste översjukligheten och överdödligheten hänförs till sjukdomar i hjärtats kranskärl, följt av lungcancer, kronisk bronkit och lungemfysem.

Hjärt- och kärlsjukdomar är den dominerande enskilda anledningen till långvarig sjukdom och också den vanligaste dödsorsaken bland vuxna. Det råder enighet om att vissa riskfaktorer som bl.a. rökning och högt blodtryck är av stor betydelse för uppkomsten av kranskärlssjukdom. Rökare löper 1,5 – 3 gånger så stor risk för att insjukna i hjärtinfarkt som icke-rökare.

Cancer är ett samlingsbegrepp för flera sjukdomar, som har vissa gemensamma drag. Det är stora skillnader mellan olika cancerformer vad gäller naturligt förlopp, behandling och förebyggande åtgärder. Den bäst kartlagda och väldokumenterade orsaken till cancer är tobaksrökning. Den förorsakar enligt cancerkommitténs beräkningar ca 15 % av alla cancerfall och uppemot 80 % av all lungcancer i vårt land.

Lungcancer var en ovanlig sjukdom till början av 1900-talet. Lungcancer som dödsorsak bland män började öka under 1940-talet och bland kvinnor under 1960-talet. Då cancer uppstår först ett eller flera decennier efter rökdebuten, stämmer denna utveckling med den kraftiga ökningen av cigarettkonsumtionen som inleddes bland män i början av detta århundrade och bland kvinnor några decennier senare. Under perioden 1960-1980 fördubblades förekomsten av lungcancer i Sverige hos både män och kvinnor. Sedan slutet av 1970-talet har ökningen i dödlighet i lungcancer för män visat en vikande trend, medan den fortsatt att öka bland kvinnor. Skillnader i förekomst av lungcancer mellan storstadsområden och landsbygd tycks till stor del kunna förklaras av skillnader i rökvanor. Även luftföroreningar – inte minst från trafiken – har betydelse.

Det råder ingen tvekan om att tobaksrökning är den dominerande orsaken till lungcancer. Det finns ett uttalat dos-responssamband, och risken tycks grovt sett vara proportionell till dosen. Ju tidigare i livet man börjar röka, ju större är också risken att drabbas av lungcancer.

Även tobaksrök i miljön, s.k. passiv rökning, har bedömts vara förknippad med risk för lungcancer hos icke-rökare.

Andra cancerformer som t.ex. cancer i läpp, mun, struphuvud, matstrupe, bukspottkörtel och urinblåsa har också samband med rökning. Nya forskningsrön talar för att risken för cancer i njurar och livmodershals också ökar på grund av rökning.

Förutom ovannämnda stora sjukdomsgrupper förorsakar eller bidrar rökning starkt till många andra sjukdomar som kronisk bronkit och lungemfysem. Det finns också samband mellan rökning och magkatarr och magsår. Vidare inverkar rökning på fostret under graviditeten. T.ex.

föder rökande kvinnor barn som i genomsnitt väger 200 g mindre än barn till kvinnor som inte röker.

Tobaksrök i miljön kan också utlösa allergier och överkänslighetsreaktioner. På lång sikt kan också sådana åkommor försämrats. Vidare visar flera undersökningar att barn till rökande föräldrar oftare har luftrörskatarr, förkylningar och astmatiska problem m.m. än barn till rökfria föräldrar. Detta hänger troligtvis samman med att barns luftvägar är speciellt känsliga. Luftrörsfunktionen kan skadas och en viss ökad risk för lungcancer har kunnat påvisas. Flera studier visar också att personer med kranskärslsjukdom försämrats av att utsättas för passiv rökning.

3.4 Alkohol

I internationell jämförelse är den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige förhållandevis låg. Den är t.ex. mindre än hälften så hög som i Frankrike, där konsumtionen utslagen på hela befolkningen uppgick till 13 liter ren alkohol per invånare år under 1987. (För Sverige var motsvarande siffra 5,4 liter). Den höga franska konsumtionsnivån motsvaras av en hög skadenivå. Antalet döda i levercirrhos per 100 000 invånare är i Frankrike i storleksordningen 30 medan den i Sverige är knappt 9.

Trots en relativt sett låg alkoholkonsumtion och skadenivå ger alkoholen upphov till betydande problem i vårt samhälle. En mängd allvarliga hälsomässiga och sociala problem har samband med hög konsumtion av alkohol. Uppskattningsvis 300 000 svenskar dricker så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

Det är ett känt faktum att alkoholmissbrukare har en klar överdödlighet i jämförelse med befolkningen i stort. De flesta alkoholrelaterade sjukdomarna är resultatet av en långvarig hög alkoholkonsumtion. Det krävs ofta tiotals år för att utveckla sådana sjukdomar som levercirrhos (skrumplever) och pancreatit (bukspottkörtelinflammation). De akuta alkoholskadorna, t.ex. alkoholförgiftning och död till följd av olyckor eller annat våld, har däremot mer att göra med hur mycket man dricker vid konsumtionstillfället och hur man då betar sig. En mycket hög andel av de olyckor som leder till långvarig sjukhusvård, invaliditet eller död är alkoholbetingade. Alkohol är också en ofta förekommande faktor bakom självmord. Man räknar med att mellan 15 och 25 % av alla självmord begås av alkoholmissbrukare.

I en svensk undersökning av dödligheten bland medelålders män framkom att s.k. alkoholrelaterad dödlighet var den främsta orsaken till för tidig död. Bland dödsorsakerna kan nämnas levercirrhos, pancreatit, alkoholförgiftning, självmord och olika former av våldsam död. Särskilt utsatt är den som i unga år har en mycket hög alkoholkonsumtion.

En tredjedel av dödsfallen bland män under 30 år beräknas vara alkoholbetingade.

Det finns avsevärda skillnader mellan mäns och kvinnors alkoholvanor. Vuxna mäns alkoholkonsumtion är mer än dubbelt så hög som kvinnornas. Könsskillnaderna har emellertid minskat under de senaste 20 åren.

I dag svarar kvinnorna för en tredjedel av den totala konsumtionen. I början av 1970-talet var motsvarande andel en femtedel. Det är främst yngre kvinnor som påtagligt ökar sin konsumtion.

Kvinnor tycks åtminstone i vissa avseenden vara känsligare än män för alkoholens verkningar. Det gäller bl.a. risken för leverskador. En hög alkoholkonsumtion under graviditeten kan dessutom ge fosterskador i form av tillväxthämning, kroppsliga avvikelser och störningar i det centrala nervsystemets funktion.

Alkoholforskningen ger en på det hela taget samstämmig bild av ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och dödligheten i levercirrhos och pancreatit. En påtaglig ökning av den totala alkoholkonsumtionen följs med stor sannolikhet av en ökning av antalet högkonsumenter, vilket i sin tur som regel leder till en ökning av den alkoholrelaterade dödligheten.

Under efterkrigstiden ökade den totala årliga alkoholförsäljningen från 4 liter ren alkohol per invånare (15 år och däröver) år 1946 till 7,7 liter år 1976. Mellan åren 1976 och 1984 minskade försäljningen med över 20 %. Därefter har emellertid försäljningen ökat. Dock visar uppgifter om 1990 års alkoholförsäljning på en minskning med närmare 2 % jämfört med föregående år. Den genomsnittliga alkoholförsäljningen uppgick då till 6,42 liter.

De långsiktiga förändringarna i den totala alkoholförsäljningen återspeglar i första hand en omfördelning av konsumtionen från spritdrycker till vin, starköl och öl. Starkölsförsäljningen ökade med närmare 50 % under andra hälften av 1980-talet. Samtidigt minskade spritförsäljningen påtagligt.

Ungdomars alkoholkonsumtion följer i stort sett utvecklingen av den vuxna befolkningens vanor. Den senaste Sifundersökningen (årsskiftet 1989/90) av ungdomars alkoholvanor tyder dock på att konsumtionsminskningen är större bland ungdomar än bland vuxna.

3.5 Arbetsliv

Fysisk arbetsmiljö, arbetsorganisation och arbetsinnehåll har stor betydelse för de förvärvsarbetandes hälsa och trivsel. Arbetsmiljön är årligen orsak till mer än 800 hjärtinfarkter, 500 - 2 000 cancerfall och omkring 8 000 invalidiserande belastningsskador.

Vissa branscher som traditionellt utgjort arbetsmiljömässiga högriskområden, som tillverkningsindustrin, lantbruket, skogsbruket och fiskerinäringen, har minskat sedan år 1970 och kommer framöver sannolikt att minska ännu mer.

Strukturumvandlingen har skett parallellt med att flera åtgärder vidtagits för att förbättra arbetsmiljöerna. Arbetsmiljölagen (1977:1160) har givit fackliga organisationer och skyddsombud en starkare ställning. Genom en arbetsmiljöavgift finansieras arbetsmiljöutbildning i facklig regi som väsentligt har ökat kunskaperna om hälso- och olycksfallsrisker. Arbetsmiljöfonden har sedan lång tid tillbaka finansierat särskild arbetsmiljö-

forskning. Genom tillfälliga vinstavsättningskonstruktioner, som arbetsmiljö- och förnyelsefonderna, samt genom tillkomsten av arbetslivsfonden har medel specialdestinerats för förnyelse av arbetsmiljön.

Genom ökade kunskaper och mer uppmärksamhet har de traditionella arbetsmiljöproblemen minskat. Detta speglas dock inte i arbetsskadestatistiken, som redovisar en stark uppgång i antalet anmälda arbetsskador. Bakgrunden är bl.a. tillkomsten av lagen om arbetsskadeförsäkring, som innebar ett utvidgat arbetsskadebegrepp, samt den praxis i arbetsskademål som därefter utvecklats. En stor del av ökningen torde bero på en aktivare rapportering, dvs. vara resultat av ett ökat arbetsmiljömedvetande. Motivationen att rapportera arbetsskador har också ökat genom att arbetsskadeförsäkringen har en högre ersättningsnivå än sjukförsäkringen och genom att ersättningen till arbetsskadade kan utges från kompletterande avtalsförsäkringar. Ökningen avser främst arbetssjukdomar, medan däremot antalet arbetsolycksfall varit relativt konstant.

Ytterligare en tänkbar förklaring till att antalet arbetsskador ökat kan vara 1980-talets högkonjunktur. Den högre sysselsättningsgraden innebar att fler med sämre hälsa, som är mer känsliga för arbetsmiljöns påfrestningar, kom ut på arbetsmarknaden.

Arbetsskadestatistiken redovisar att antalet anmälda arbetssjukdomar per 1 000 förvärvsarbetande nästan tredubblades mellan år 1982 och år 1988. De hälsoproblem som framför allt svarar för ökningen av anmälningarna är belastningsskador. Störst har ökningen varit bland kvinnor.

Även ohälsotalet (summan av ersatta dagar från sjukförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen och som förtidspension/sjukbidrag) ökade kraftigt under 1980-talet och uppgick år 1989 till 46,6 dagar. Ökningen var särskilt stor bland äldre och bland kvinnor.

Andelen som upplever sig behöva utföra tunga lyft i sitt arbete har ökat markant. Fler upplever sitt arbete som fysiskt ansträngande och en högre andel anger att de har olämpliga arbetsställningar. En oförändrad andel (9 %) rapporterar om kraftiga skakningar och vibrationer - en viktig orsak till förslitning, ryggsador och muskelinflammationer. Gruppen utgörs i huvudsak av män i jord- och skogsbruk samt byggnadsindustri.

Andelarna med psykiskt ansträngande arbeten är höga bland tjänstemän inom undervisning, sjukvård, socialvård och offentlig förvaltning samt bland arbetare inom samfärdsel. Kvinnorna upplever att den psykiska påkänningen har ökat.

Inflytandet över arbetstempot uppges däremot ha ökat, liksom arbetstillfredsställelsen - framför allt bland invandrare.

Arbetsmiljökommissionen har konstaterat betydande skillnader i hälsa och risk för skador mellan olika yrkesgrupper. Mest utsatta är många arbetaryrken och vissa grupper inom vård, service och transport. Risker för allvarliga arbetsolycksfall, hörselskador och skador i muskler och leder är störst i tillverkningsyrken. Kvinnor i dessa yrken löper dessutom ytterligare förhöjda risker. Det gör också deras barn, som löper 20 % högre risk att födas med låg födelsevikt. Antalet kvinnor i tillverkningsarbeten har ökat och är nu 150 000. De hör till de mest utsatta kvinno-

grupperna på arbetsmarknaden. Av dem löper kvinnor i verkstadsindustri och grafisk industri de allra största riskerna.

Även om antalet anställda i de skadetyngda tillverkningsyrkena minskar, har arbetsmiljöproblemen ändå legat kvar på en hög nivå till följd av expansionen inom vård och omsorg, som rymmer många riskutsatta yrken.

Hälso- och sjukvårdens personal är ofta utsatta för svåra arbetsolycksfall, har många anmälda ryggskador och dessutom mycket hudskador. Obekväma arbetstider, hög personalomsättning och en svår ställning mellan patienter och ansvarig ledning gör arbetet psykiskt påfrestande. Sektorn rymmer också många dubbelarbetande kvinnor. Det framstår som en särskild utmaning att verka för att den verksamhet, vars profession det är att rehabilitera, skall kunna klara sin personal från arbetsskador minst lika bra som andra arbetsgivare.

De som arbetar i trafikmiljö är hårt utsatta för avgaser och stress från trafiken. Chaufförer är dessutom oftare rökare och har svårare att hålla goda och regelbundna matvanor.

Vissa skillnader i hälsoutfall mellan olika yrken beror på bakomliggande faktorer, t.ex. att andelen dubbelarbetande småbarnsföräldrar är hög. En annan faktor kan vara skillnader i levnadsvanor mellan olika grupper vad gäller kost och tobak samt bruk av alkohol.

Genom arbetsmiljökommissionens arbete har vi fått en god bild av vilka åtgärder som f.n. torde vara mest verksamma för att förbättra arbetsmiljöerna på de 400 000 farligaste jobben. De länsvisa arbetslivsfonderna som sammanlagt förfogar över 15 miljarder kronor kan därvid medverka till att olika företag vidtar åtgärder för att förbättra sin arbetsmiljö och för att rehabilitera personal som drabbats av skador eller sjukdom.

Arbetslöshet

Sverige har i ett internationellt perspektiv en mycket låg arbetslöshet och ett väl utbyggt ekonomiskt trygghetssystem när arbetslösheten ändå inträffar. Detta är positivt från hälsosynpunkt. Samtidigt vet vi att de som trots allt är arbetslösa i Sverige känner sig mer försatta ut i marginalen, jämfört med länder och regioner där man delar ödet att vara arbetslös med många andra.

Risken att bli arbetslös varierar dock kraftigt mellan olika grupper i samhället. Kvinnor löper större risk än män. Det gör också de med kort utbildning och de som är invandrare. Småbarnsföräldrar drabbas oftare än övriga. Under en femårsperiod är det dubbelt så vanligt bland arbetare som bland tjänstemän att ha varit arbetslös. Bland icke facklärd arbetare var det en så hög andel som en femtedel som varit arbetslös.

Arbetslöshet innebär en psykisk påfrestring för människan. Självkänslan och upplevelsen av mening med tillvaron kan ofta rubbas. Detta leder till stressreaktioner som i sin tur ökar risken för vissa sjukdomar.

Sjuklighet innebär samtidigt ökad risk för arbetslöshet. I vissa yrken uppställs det medicinska krav för anställning. Sjukdom är dock enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd ingen saklig grund för uppsägning.

Sedan länge vet vi att självmordsfrekvensen ökar i perioder av ekonomisk nedgång och minskar när konjunkturen går uppåt. Självmord, självmordsförsök och depressioner är mycket vanligare bland arbetslösa än bland dem som har arbete.

Konsumtionen av alkohol är större bland arbetslösa och dem som hotas av arbetslöshet. Någon tydlig koppling mellan utveckling av alkoholism och arbetslöshet finns dock inte.

Med viss tidsförskjutning brukar en arbetslöshetstopp följas av ökad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar ett par år senare. Risken att insjukna i diabetes ökar också.

Psykosomatiska symptom, som mag- och tarmbesvär, huvudvärk, ryggvärk, ledbesvär och vissa typer av håravfall, är vanligare bland arbetslösa. Som en följd av detta är också sjukvårdskontakter och konsumtion av läkemedel högre i denna grupp.

Även familjen utsätts för påfrestningar när någon blir arbetslös. Familjekonflikterna ökar. Barnen drabbas ofta särskilt hårt. Bland skolbarn noteras ökad skolkfrekvens, ökad sjukfrånvaro, skriv- och lässvårigheter och fler kontakter med skolpsykolog. Barnens skolprestationer försämras, vilket kan ha betydelse på lång sikt. Barnmisshandel är också vanligare i familjer där någon är arbetslös. Mannens arbetslöshet tycks ofta också ha en inverkan på kvinnans hälsotillstånd, även om hon inte själv är arbetslös.

Störst risk för att drabbas av ohälsa på grund av arbetslöshet löper de som har den svagaste positionen på arbetsmarknaden.

Genom beredskapsarbeten, särskilda åtgärder för ungdomar, arbetsmarknadsutbildning, flyttbidrag m.m. bringas arbetslösheten ned. Sverige har under 1980-talet genomgått en stark strukturomvandling, och arbetsmarknadsutbildningen har spelat en viktig roll för att människorna skall kunna få nytt arbete. Arbetslöshetsfallen är vanligare bland den yngre arbetskraften, men arbetslöshetsperioderna är längre för de äldre. När arbetstillfällena försvunnit från bostadsorten är det också svårare för de äldre att flytta till arbetstillfällena. Alternativet har i hög utsträckning därför blivit förtidspensionering.

Under senare år har strävan inriktats på vidareutbildning och rehabilitering så att den enskilde skall kunna återinträda på arbetsmarknaden. Insikten om att den som arbetar vanligtvis mår bättre förringar naturligtvis inte att produktivt arbete också är bra för samhällsekonomin. Arbetslinjen har således såväl hälsopolitiska som samhällsekonomiska motiv.

3.6 Miljö och hälsa

Medvetenheten om olika miljöfaktors betydelse för hälsan har ökat väsentligt de senaste årtiondena. Ökad välfärd har generellt sett medfört ett förbättrat hälsotillstånd samtidigt som utvecklingen har medfört ökade hälsorisker på vissa områden. Till hälsorisker i arbetsmiljön, som behandlas i föregående avsnitt kommer riskfaktorer i den yttre miljön, inomhusluften och hanteringen av kemikalier och varor.

Situationen varierar kraftigt mellan olika länder. I u-länderna är tillgången till rent vatten den viktigaste miljöfaktorn för folkhälsan. I Sverige och många andra industriländer har förekomsten av skadliga luftföroreningar störst betydelse för folkhälsan. Det gäller både inomhusluften och luftföroreningar i tätorter.

Kunskaperna om sambanden mellan miljö och hälsa är bristfälliga. Det är i allmänhet svårt att isolera en enskild riskfaktor och det kan gå lång tid från det att en människa utsätts för en hälsorisk till dess att skadan uppträder. Vi kan i dag peka ut en del risker för hälsoeffekter i framtiden, men det går inte att nu uppskatta omfattningen av dessa risker. Det går inte heller att kvantitativt uppskatta positiva hälsoeffekter och ökat välbefinnande på grund av en god fysisk miljö med väl planerade bostads- och arbetsområden samt tillgång till natur för rekreation och friluftsliv.

För att stärka miljö- och hälsoaspekterna i samhällsplaneringen har regeringen i propositionen En god livsmiljö (prop. 1990/91:90) bl.a. föreslagit krav på miljökonsekvensbeskrivningar som skall ge en samlad bedömning av en planerad anläggnings eller verksamhets inverkan på miljö och hälsa samt på hushållningen med naturresurser. Det föreslås att regler om detta förs in bl.a. i lagen (1987:12) om hushållning med naturresurser m.m. och miljöskyddslagen (1969:387).

Hälsorisker som kan kopplas till dagens miljösituation i Sverige är:

Dålig inomhusluft

"Sjuka hus" är en samlad beteckning för flera olika hälsorisker i bostäder. Brister i ventilationsanläggningar och byggmaterial kan leda till mögel och stora mängder kvalster som i sin tur ger upphov till allergier, irriterade slemhinnor och dålig lukt. Detsamma gäller byggnadsmaterial som avger lösningsmedel (t.ex. formaldehyd) eller andra ämnen som ingår i golvmaterial, lacker, spackel m.m. och som ger allergier eller irriterar slemhinnorna.

Ett särskilt problem är strålningsrisker från radon i bostäder, dels från byggnadsmaterial, dels från marken i vissa områden. Radon är dessutom ett arbetsmiljöproblem i gruvor. Radon i bostäder beräknas, enligt olika forskningsrapporter, orsaka mellan 300 och 1 100 fall av lungcancer per år i Sverige. Anledningen är att radon sönderfaller till s.k. radondöttrar som fastnar i lungorna. För att minska denna risk beslutade regeringen

år 1990 att sänka gränsvärdet för radon i bostäder från 400 till 200 becquerel av radondöttrar per kubikmeter luft och till 70 becquerel i nya bostäder.

Luftföroreningar i tätorter

Astma och allergier är vanligare i städerna än på landsbygden. Både bilavgaser och luftföroreningar från förbränning av olja, kol, ved och gas innehåller ämnen som påverkar slemhinnorna och kan ge upphov till allergier. Det gäller t.ex. kväveoxider, svaveloxider, ozon, partiklar och flyktiga organiska ämnen. Kväveoxider och kolmonoxid från bilavgaser i tätortsluften misstänks också ha ett samband med hjärt- och kärlsjukdomar.

Luftföroreningarna beräknas orsaka mellan 300 och 2 000 fall av cancer i tätorterna per år. Uppskattningarna är osäkra och sannolikt handlar det om ca 800 fall per år, enligt naturvårdsverkets bedömning.

Bly och kolväten är exempel på ämnen i tätortsluft som i höga koncentrationer påverkar det centrala nervsystemet.

De senaste årtiondena har halterna av svaveldioxid och bly i tätortsluften minskat betydligt som följd av krav på svavelfattiga bränslen, sänkt blyhalt i bensin och införande av bensin utan blytillsatser. Effekterna av skärpta krav på avgasrening har ännu inte kunnat avläsas.

Solbad

Ultraviolett strålning från solen ökar risken för hudcancer - den cancerform som ökar mest i Sverige. Intensivt solbadande - både utomhus och i solarier - och utomhusarbete i solen utan solskydd bör undvikas, i synnerhet av personer med mycket ljus hy. Ca 3 000 sjukdomsfall och 300 dödsfall per år tillskrivs ultraviolett strålning. Till riskerna på lång sikt hör ökad ultraviolett strålning som följd av uttunnningen av ozonskiktet på grund av utsläpp av ozonförstörande gaser som CFC (t.ex. freoner). I propositionen En god livsmiljö har regeringen föreslagit ett utökat program för avveckling av användningen av ozonförstörande ämnen.

Kemikalieanvändning

Hantering av kemikalier och varor, t.ex. lösningsmedel medför hälsorisker framför allt i arbetsmiljön. Hushållens kemikalieanvändning och övrig kemikaliehantering kan också medföra hälsorisker. Hälsorisker i arbetsmiljön är relativt väl kända, men kunskaperna om direkta samband mellan sjukdom och hantering av skadliga ämnen i hemmen och i den yttre miljön saknas ofta. Det kan gälla allt från flyktiga organiska ämnen vid bensinhantering till mycket små mängder av ytterst giftiga ämnen som dioxiner, som enligt resultat från djurexperiment är cancerframkallande samt påverkar immunförsvaret och fortplantningsförmågan.

För att minska både miljö- och hälsoriskerna har regeringen i propositionen En god livsmiljö presenterat planer för avveckling eller kraftigt minskad användning av en rad skadliga ämnen, bl.a. klorerade lösningsmedel, klorparaffiner, kvicksilver, bly och kadmium. Minskad användning av bekämpningsmedel och en ökad kontroll av främmande ämnen i livsmedel ingår också bland åtgärderna för att minska hälsorisker med hanteringen av kemikalier och varor.

Kvicksilver i fisk

Tidigare användning av kvicksilver i massindustrin och inom jordbruket har medfört att fisken i många sjöar, samt även några kustavsnitt, innehåller kvicksilverhalter som gör att fisken inte får säljas. Oorganiskt kvicksilver omvandlas till metylkvicksilver som skadar nervsystemet. Gravida kvinnor rekommenderas att avstå från insjöfisk för att minska risken för fosterskador. Trots att kvicksilverutsläppen från industrier har minskat dramatiskt och användningen av kvicksilver i bekämpningsmedel har upphört, ökar förekomsten av kvicksilver i fisk i många sjöar. En stor del av kvicksilvernedfallet i Sverige kommer från andra länder.

Buller

Buller orsakar hörselskador, stress och sömnstörningar. De största bullerproblemen finns i arbetsmiljön, men även trafikbullret påverkar välbefinnandet. De senaste tjugo åren har bullernivåerna utomhus ökat i hela västvärlden. Mellan en och tre miljoner människor i Sverige anser att de störs av trafikbuller och tre miljoner människor har utanför sin bostad bullernivåer som överstiger riktvärdet för buller vid planering av nya bostadsområden.

Till detta kommer de hälsorisker som kan befaras om vi inte bemästrar miljöproblemen och de hälsorisker där påverkan på hälsan ännu inte är klarlagd. Det gäller bl.a.:

Miljöfarliga ämnen som ackumuleras

Spridning av miljöfarliga ämnen som ackumuleras – framför allt tungmetaller och stabila organiska ämnen – är föremål för stort intresse. När det t.ex. gäller kadmium är skillnaden mellan de mängder kadmium som vi nu utsätts för och den mängd som orsakar njurskador hos känsliga personer liten (en faktor 2,5 - 5). När det gäller stabila organiska föreningar - som dioxiner och PCB - vet vi att de är ytterst hälsofarliga och anrikas i miljön.

Konsekvenserna av en fortsatt försurning av mark och vatten kan bli allvarliga. Hälsorisker uppstår bl.a. genom att tungmetaller kan lakas ut vid försurningen och påverka dricksvattnet. Dricksvatten kan också få förhöjda metallhalter på grund av korrosion i vattenledningar. Det finns t.ex. misstankar om att vatten som innehåller höga halter av koppar kan orsaka diarréer hos spädbarn.

Elektromagnetisk strålning

Elektromagnetisk strålning förekommer vid kraftledningar, bildskärmar och i en del arbetsmiljöer, t.ex. vid stålugnar. Allt fler studier talar för att det finns ett samband mellan bildskärmsarbete och elallergier. Omfattande undersökningar pågår för att klarlägga om elektromagnetiska fält kring kraftledningar kan påverka människor som bor i närheten. Bl.a. finns det misstankar om ökad risk för leukemi hos barn, men kunskaperna är fortfarande otillräckliga.

Klimatförändringar

Klimatförändringar kan uppstå till följd av ökade utsläpp av växthusgaser, framför allt koldioxid och CFC-föreningar. Hur en eventuell klimatförändring kan påverka hälsoriskerna i Sverige går inte att förutse med nuvarande kunskapsnivå.

3.7 Sociala relationer

Familj, anhöriga och vänner har stor betydelse för hälsan. Det sociala stödet antas påverka levnadsvanor som rökning, alkoholkonsumtion samt kost- och motionsvanor. Dessa faktorer påverkar i sin tur bl.a. blodtryck och blodfetter. Ensamhet kan från hälsosynpunkt utvecklas till en negativ spiral: med sämre hälsa kan man ha svårighet att skapa och vidmakthålla ett kontaktnät.

En relativt liten del av befolkningen – 1,5 % – kan definieras som socialt isolerade. Sedan år 1978 har denna grupp dessutom i det närmaste halverats. Social isolering är vanligast i de högre åldrarna, där döden ryckt bort anhöriga och vänner. Den förekommer såväl bland förtids-pensionerade och handikappade som i gruppen ensamstående män i medelåldern, inom vilken grupp en så stor andel som 11 % betraktas som socialt isolerade. Företeelsen är vanligare i storstäderna, framför allt i de centrala citykärnorna.

Ensamstående är mer sjuka än andra. Inom den gruppen är skilda, änkor och änklingar mer sjuka än vad ogifta är. Detta gäller även om man tar hänsyn till den skilda åldersfördelningen i dessa grupper. Dödligheten bland fränskilda är i det närmaste dubbelt så hög som bland gifta.

Hushållsstorleken har under efterkrigstiden minskat kraftigt - från 3,1 personer per hushåll till 2,2. Av alla svenskar mellan 16 och 74 år bor 19 % helt ensamma. Andelen ökade med 2 procentenheter mellan åren 1978 och 1988. Det är framför allt de allra äldsta som bor ensamma - en tredjedel av männen och två tredjedelar av kvinnorna mellan 75 och 84 år. År 1987 fanns det 455 000 änkor och 116 000 änklingar i Sverige.

Även om äktenskapet kanske minskat i betydelse i vårt samhälle, så har för den skull familjebanden inte upplösts. Ingen tidigare generation har haft så många släktingar i livet som den nuvarande, och så lätt att hålla kontakt med dem.

Särskilt mannen tycks löpa större risk för ohälsa efter skilsmässa. Han förlorar ofta sin enda nära förtrogna, medan kvinnor däremot många gånger har ett uppbyggt nätverk av vänner att ty sig till när kris uppstår.

För barnen innebär skilsmässan en kris och stor sorg, men hur barnen påverkas på sikt beror bland mycket annat på hur gamla de är, om det finns syskon och hur kontakterna upprätthålls med den andra föräldern efteråt.

Skilsmässofrekvensen har under efterkrigstiden fyrdubblats i Sverige. Då redovisas inte de uppbrott som sker från samboförhållanden, där uppbrott är vanligare än från äktenskap. Risker för att en barnfamilj med samboföräldrar upplöses har beräknats vara fyra gånger större än för en barnfamilj med gifta föräldrar. Familjerna är instabilare i städerna och i synnerhet i storstäderna. Många barn råkar ut för två eller flera familjeupplösningar under uppväxttiden. 80 % av alla barn lever dock samman med båda sina föräldrar under hela uppväxten.

Pensioneringen innebär att man förlorar sitt arbete och får en ny social roll. De flesta upplever pensioneringen positivt. För den som är ensam kan dock pensioneringen innebära en förlust av det enda nätverk som finns.

År 1979 sade sig var fjärde person sakna en nära vän och var fjärde vuxen i Sverige sakna grannkontakter. Grannkontakterna har dock blivit fler under de senaste tio åren. Det har blivit särskilt mycket bättre i storstadsområdena, där grannkontakterna dock fortfarande är sämre än i övriga landet. Grannkontakterna är sämst i storstädernas centralt belägna bostadsrättslägenheter, därefter bland dem som bor i hyresrättslägenheter i centrum eller närförort. Bästa grannkontakten redovisas i förorter och småhusområden.

Kvinnornas förvärvsfrekvens har ökat kraftigt under de senaste decennierna. Detta har givit dem ett större nätverk än tidigare. Samtidigt har traditionella kvinnliga omsorgsuppgifter, barn- och äldreomsorg, professionaliserats och minskat beroendet av familjen.

Sammanfattning: Folkhälsoarbetet fokuserar på sjukdomar som tar liv och hälsa från åren, har en ojämn fördelning socioekonomiskt, yrkes- eller könsmässigt och som är möjliga att förebygga. Det är viktigt att stora ansträngningar görs för att minska de sjukdomar och symptom som vållar mest lidande. Ur samhällsekonomisk synpunkt är psykisk ohälsa, rörelseorganens sjukdomar, hjärt-kärlsjukdom, olycksfallskador och cancer de mest kostsamma.

Under 1980-talet har hälsan generellt sett blivit bättre. Några oroande tendenser finns dock. Således noteras en stark ökning av sjukdomar i rörelseorganen, malignt melanom och lungcancer bland kvinnor. Allergier och överkänslighet ökar likaså.

Det finns flera olika indikatorer och mått för att utifrån ett folkhälso-perspektiv bedöma den relativa betydelsen av olika sjukdomar och därmed kunna bedöma vilka åkommor som har karaktären av "folksjukdom". En sjukdom som är betydelsefull ur ett perspektiv, t.ex. på grund av en hög dödlighet, kanske inte är det ur ett annat – t.ex. vad gäller sjukskrivningsfrekvens. Man måste alltså väga samman olika faktorer för att kunna fastställa vilka som är de aktuella folksjukdomarna.

Vid denna sammanvägning bör inte omfattningen av sjukdomen eller hur många nya fall som inträffar årligen vara helt avgörande. I ett folkhälso-perspektiv är det också viktigt att ta hänsyn till i vilka åldersgrupper som sjukdomen uppträder.

Ökad jämlikhet vad gäller hälsan är ett viktigt mål vid prioriteringar inom folkhälsoarbetet. Viktiga indikatorer är således sjuklighetens fördelning, socioekonomiskt och yrkesmässigt. Ojämligheten i hälsa är vidare en strategisk indikator, eftersom den visar hur mycket hälsan potentiellt skulle kunna förbättras, om de sämst ställda hade samma villkor som de mest gynnade. Ett annat viktigt mål för folkhälsoarbetet är möjligheten att förebygga sjukdom genom samhälleliga eller individuella insatser.

De folkhälsoproblem som tas upp i det följande ansluter till en hälso-politisk tradition från WHO's Hälsa för alla år 2000. Det finns dock flera ohälsoproblem som inte behandlas där men som kan behöva belysas för framtiden.

En mer omfattande beskrivning av folksjukdomarna finns dels i 1991 års folkhälso-rapport, som socialstyrelsen har överlämnat i en preliminär version, dels i bakgrundsdokument till Folkhälsogruppens s.k. strategiprojekt (Folkhälsogruppens skriftserie nr 1 år 1989).

Bakom statistiken om ohälsan döljer sig mycket mänskligt lidande. Det är viktigt att stora ansträngningar görs för att försöka minska de sjukdomar eller symptom som medför mest lidande. En samhällsekonomisk bedömning av de stora folkhälsoproblemen kan därutöver ge en antydan om hur stora kostnaderna är till följd av ohälsa. Om man räknar ihop

vårdkostnader och kostnader för produktionsbortfall till följd av dödsfall före 65 års ålder eller till följd av sjukfrånvaro och förtidspensionering, finner man att psykisk ohälsa samt sjukdomar och besvär i rörelseorganen är de två mest kostnadskrävande folkhälsoproblemen. Därefter kommer hjärt-kärlsjukdomar, olycksfallsskador och cancer som har betydande vårdkostnader, men också är de främsta orsakerna till dödsfall i yrkesverksam ålder. Infektionssjukdomar utgör fortfarande en viktig orsak till sjukfrånvaro. Till detta måste också läggas de vårdkostnader som följer av sjukdomar hos det ökande antalet äldre.

TABELL 2: Sjukdomskostnader i miljarder kronor för de fem största diagnosgrupperna (År 1983)

	Sjukvård	För tidig död	Sjukför-säkring	TOTALT
Psykisk ohälsa	13,5	0,6	14,0	28,1
Rörelseorg sjukdom	2,5	0,1	21,2	23,8
Hjärt-kärl sjukdom	7,9	5,7	6,3	19,9
Olycksfallsskador	3,1	7,5	5,5	16,1
Cancer	3,3	6,0	1,9	11,2
Totalt	30,3	19,9	48,9	99,1

Källa: SCB; Hälsostatistisk årsbok år 1989

Psykisk ohälsa blir enligt detta sätt att räkna det största folkhälso-problemet. För psykiska sjukdomar är vårdkostnaderna höga då en stor del av de människor som drabbas av åldersdemens och psykoser vistas många år på institutioner. Rörelseorganens sjukdomars stora andel av kostnaderna beror framför allt på att ett stort och ökande antal långvariga sjukfall och förtidspensioneringar klassificeras under denna diagnosgrupp, även om orsakerna ofta är mera komplexa. Befolkningens sjukdoms-mönster är emellertid ständigt i förändring.

4.1 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa omfattar dels långvariga, allvarliga sjukdomstillstånd, såsom psykoser, neuroser, personlighetsstörningar och psykisk utvecklingsstörning, dels mer vanliga symptom som oro, ångest och sömnbesvär m.m. som de flesta människor upplever då och då.

Den sociala uppväxtmiljön är av stor betydelse för den psykiska utvecklingen och hälsan. God psykisk hälsa växer fram ur individernas möjligheter att göra goda erfarenheter i livet där balans måste finnas mellan att tillgodose egna inre behov och att vara betydelsefull för andra.

Direkta mått på psykisk ohälsa visar att den minskar och att utvecklingen i flera avseenden är positiv, men samtidigt har förekomsten av olika värktillstånd, som även tycks avspegla vissa psykosociala förhållanden, ökat. Andelen i befolkningen som besväras av ångslan, oro och ångest har under 1980-talet minskat från 15 % till 12 %. Därmed har den tendens som konstaterades på 1970-talet fortsatt. Besvär av denna typ är

betydligt vanligare bland kvinnor än bland män; 16 % av kvinnorna sade sig uppleva ångslan, oro eller ångest mot 8 % bland männen. Dessa indikatorer på psykisk ohälsa rapporteras förekomma oftare – både hos kvinnor och män – bland arbetare än inom andra socioekonomiska grupper. De högsta andelarna med symptom på psykisk ohälsa rapporteras bland förtidspensionärer och långtidsarbetslösa.

Även antalet registrerade självmord, som ökade under många år, har sedan början av 1970-talet hållit sig på en oförändrad nivå och t.o.m. sakta börjat minska – under 1980-talet med 1-2 % per år. Den under en period sjunkande alkoholkonsumtionen och låga arbetslösheten anses här ha haft viss betydelse. Att det inte är frågan om en allmänt minskad självmordsbenägenhet visar emellertid det förhållandet att antalet självmordsförsök som kommer till sjukvårdens kännedom samtidigt har ökat. Minskningen av självmorden har dessutom begränsat sig till fall som sker genom förgiftning genom läkemedel utskrivna inom sjukvården.

Den psykosociala arbetsmiljön är naturligtvis av stor betydelse för den psykiska hälsan. Arbetsmiljöer som karaktäriseras av hög arbetstakt, liten egenkontroll och brist på stimulans och socialt stöd har särskilt uppmärksammat som skadliga.

Alkoholmissbruk kan både bidra till psykisk ohälsa och vara en konsekvens av dessa problem. Alkohol är utan tvekan en av de största enskilda sjukdomsorsakerna.

I den samlade bilden av möjliga orsaker till den psykiska ohälsan spelar en rad psykosociala förhållanden en betydelsefull roll. Viktiga skyddsfaktorer är tillgång till socialt nätverk och arbete samt individens upplevelse av mening och sammanhang i samhället. Till dessa psykosociala faktorer finns rika möjligheter att knyta insatser med primärpreventiv effekt på den psykiska ohälsan.

4.2 Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar, som idag domineras av värtillstånd i muskler och leder, är den sjukdomstyp som dominerar sjukförsäkringsstatistiken samtidigt som endast en relativt liten del av vårdkostnaderna kan hänföras till denna grupp (*se tabell 2*). Större delen av 1980-talets kraftiga ökning av förtidspensioneringar och långa sjukfall har sorterats in under denna diagnosgrupp. Mycket talar dock för att psykosociala förhållanden i samverkan med ergonomiska spelar en viktig roll för uppkomsten av dessa besvär. Beträffande denna typ av sjukdomar är ojämlikheten stor. Det är tio gånger vanligare att kvinnliga ej facklärd arbetare blir förtidspensionerade under denna diagnos än manliga högre tjänstemän. Särskilt hög är risken inom tillverkningsindustrin. Under 1980-talet tycks det ha skett en påtaglig ökning av den andel i befolkningen som besväras av värk i nacke, skuldror och axlar, medan andelen med värk i ländrygg och andra leder har varit mer konstant. Bland yngre kvinnor i arbetaryrken och lägre tjänstemannaryrken har andelen som har denna typ av värk ökat från 25 % till 44 % under åren 1980-89. Det finns knappast någon sjuk-

4.3 Hjärt-kärlsjukdom

I detta avsnitt behandlas sådana hjärt- och kranskärlssjukdomar som hänger samman med åderförkalkningsprocessen i hjärtats kranskärl, dvs. hjärtinfarkt, plötslig hjärtdöd (kranskärlssjukdom) och angina pectoris (kärlkramp).

Efter många års ökning av hjärt-kärlsjukdomar tycks trenden i Sverige, liksom i många andra västeuropeiska länder, ha vänt under 1980-talet. Dödligheten i kranskärlssjukdom minskar med 3-4 % per år sedan år 1980. Detta är inte i första hand ett resultat av bättre behandling och överlevnad för dem som insjuknar, utan är främst ett resultat av minskad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. Med hänsyn till bl.a. den minskning av tobaksrökning som framför allt observerats bland män sedan slutet av 1960-talet är detta en inte helt oväntad utveckling. Betydelsen av motion och goda kostvanor har också uppmärksammats allt mer.

Bland kvinnor har emellertid en ökning av insjuknandet i hjärt-kärlsjukdom iakttagits under de senaste åren. Detta är dock en mycket ovanlig sjukdom hos kvinnor i fertil ålder, men sjukdomsfrekvensen ökar sedan långsamt med åldern. Någon säker förklaring till den ökning av hjärt-kärlsjukdom som iakttagits bland kvinnorna kan inte ges. Blodtrycks- och kolesterolnivån har sjunkit bland kvinnor på ett liknande sätt som bland män, men man kan misstänka att den ökande rökningen bland kvinnor har bidragit, liksom även psykosociala faktorer såsom kvinnors förändrade arbetssituation.

Trots den positiva utveckling som redovisats kan man konstatera att hjärt- och kärlsjukdomar i vårt land utgör den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor. Denna sjukdomsgrupp är också en vanlig anledning till förtidspensionering och svarar för det största antalet vårdade inom den slutna somatiska vården.

Det sociala mönstret för kranskärlssjukdom har ändrats radikalt. Från att ha varit vanligare bland högutbildade har det under 1970-talet blivit en sjukdom som är vanligast bland arbetare inom industri och transport, för kvinnor även bland arbetare inom vård och service. I själva verket är det förändrade klassmönstret i dödlighet i första hand ett resultat av det förändrade mönstret i hjärt-kärlsjukdom – en ökning bland industriarbetare kombinerat med en stark minskning bland högre tjänstemän. Förändrade rökvanor, ett starkt samband mellan hjärt-kärlsjukdom och socialt stöd samt arbetsorganisatoriska förhållanden spelar sannolikt avgörande roll.

Bland de riskfaktorer som kunnat identifieras vad gäller hjärt- och kärlsjukdomar är kostvanor och rökning de viktigaste; andra faktorer som

identifierats är högt blodtryck, ärftlighet, sociala faktorer, psykisk stress och otillräcklig motion.

Prop. 1990/91:175

4.4 Olycksfallsskador

Trafikolyckor är den vanligaste dödsorsaken bland barn, ungdomar och yngre vuxna. De är dessutom den främsta orsaken till de alltfjämt betydande sociala skillnaderna i dödlighet inom denna åldersgrupp. Efter en minskning under 1970-talet har antalet dödade och skadade i trafiken ökat med drygt 20 % under 1980-talet. Det är framför allt ett ökat antal bilförare som omkommer, men räknat i relation till antalet tillryggalagda kilometer har risken ändå inte ökat för bilisterna. Räknat i relation till antalet fordon i trafik har även olycksrisken för motorcyklister minskat. Risken för cyklister och gångtrafikanter är i stort sett oförändrad. Trots ökningen har Sverige vid en internationell jämförelse låga dödstal i trafikolyckor – särskilt bland barnen. Här har naturligtvis den höga medvetenheten i samhället om behovet av åtgärder för barnsäkerhet stor betydelse.

Vissa andra typer av olycksfall, särskilt fallolyckor bland äldre med lärbenshalsbrott som följd, har emellertid ökat markant under flera decennier.

Arbetsolycksfall med dödlig utgång har under många år minskat, men under senare delen av 1980-talet har antalet legat konstant omkring 160 fall per år (inkl. olycksfall på väg till och från arbetet), vilket motsvarar en sjättedel av det totala antalet trafikdödade. Antalet olycksfall i arbetet totalt sett har dock varit konstant under senare år. De yrkesmässiga skillnaderna är mycket stora. Särskilt utsatta är arbetare inom slakteri och charkuteri, gruvor och stålverk, sågverk och byggnadsindustri samt jordbruk.

4.5 Cancer

En sjukdomsgrupp som liksom hjärt-kärlsjukdomarna är nära knuten till våra levnadsvanor är cancer. Cancersjukdomarna omfattar en heterogen grupp av tumörformer med helt olika epidemiologi och orsaker. Här finner vi en fortsatt långsam ökning av risken att få cancer, utöver den som betingas av en åldrande befolkning. Samtidigt har dödligheten i cancer minskat under hela 1980-talet. Utvecklingen är dock mycket olika för olika cancertyper.

Mest alarmerande är den sedan många år mycket kraftiga ökningen av malignt melanom (en form av hudcancer) samt ökningen av lungcancer bland kvinnor. Den senare har mer än fördubblats på 20 år och ökar för närvarande med 4 % per år, jämfört med 1 % för män. Under 1980-talet har också malignt melanom ökat med 4-5 % årligen. Båda sjukdomarna är mycket svårbehandlade men man kan i princip förebygga dem genom att ändra sina solvanor och sluta röka. Tobak bidrar till uppkomsten av förutom lungcancer, också cancer i läpp, mun, svalg, struphuvud, matstrupe, bukspottkörtel och urinblåsa. Nya forskningsrön talar för att

riskerna för cancer i njurar och livmodershals också ökar på grund av rökning.

Vissa cancertyper, bl.a. i magsäck och livmoderhals, minskar kraftigt sedan många år. Den tidigare ökningen av bröstcancer har också avstannat. Flera cancertyper i bl.a. bröst, tjocktarm, prostata, magsäck och livmoderkropp anses starkt relaterade till våra kostvanor, framför allt till andelen fett i kosten.

4.6 Allergi och annan överkänslighet

Med allergi avses sådana överkänslighetsreaktioner som orsakas av immunologiska mekanismer. De viktigaste s.k. atopiska sjukdomarna är astma, hösnuva, atopiska eksem och nässselfeber. Kontakteksem kan vara av både atopisk och icke-allergisk natur.

Besvär med allergi och annan överkänslighet är enligt intervjuundersökningar mycket utbredda. Den senaste kartläggningen, som gjordes 1988/89 av statistiska centralbyrån, visar att 35 % av alla vuxna säger sig ha någon typ av allergiska besvär och av dem betecknar 8 % sina besvär som svåra.

Vart tionde förskolebarn och vart femte skolbarn har enligt sina föräldrar allergiska besvär. Enligt allergiutredningen är denna frekvens ännu högre. Hälsoundersökningarna av värnpliktiga visar att förekomsten av hösnuva nästan är dubbelt så vanlig bland dem som föddes på 1960-talet jämfört med dem som föddes tio år tidigare.

Astma förekommer hos 4 % av befolkningen och är nästan dubbelt så vanligt hos arbetare som hos högre tjänstemän. Astma är dessutom vanligare i Norrland. Varje år avlider drygt 1 200 personer med astma som underliggande eller bidragande orsak.

Troliga orsaker till att allergi och annan överkänslighet blir alltmer utbredda är den ökade omfattningen av luftföroreningar, inkl. tobaksrök, försämrat inomhusklimat och ökad användning av kemikalier.

4.7 Sexuellt överförbara sjukdomar

Ett antal infektionssjukdomar som huvudsakligen överförs vid sexuell umgänge brukar gå under beteckningen STD (Sexually Transmitted Diseases). Störst betydelse för folkhälsan har för närvarande HIV/aids, på grund av de mycket allvarliga konsekvenserna för dem som drabbas, klamydia, som är mycket vanligt förekommande bland ungdomar och kan leda till sterilitet, samt kondylom, som kan ge upphov till cancer i livmodern.

Aids drabbar personer som smittats av HIV (Human Immuno-Deficiency Virus). HIV angriper och sätter ned människans immunförsvar. Tiden från HIV-smitta till att aids utvecklas kan vara mycket lång. Tio år efter smittifället har 50 % av de HIV-smittade insjuknat i aids. Aids har en sjukdomsbild som präglas av svåra infektioner med smitto-ämnena som inte angriper människor med normalt immunförsvar. Till aids-bilden hör också en sällsynt typ av celltumör i hud, slemhinnor eller lymfkörtlar som kallas Karposis sarkom.

I jämförelse med många andra länder har Sverige relativt få fall av aids och dessutom en heltäckande statistik. Vid ingången av år 1991 hade 504 fall av aids konstaterats i Sverige. Ungefär 90 % av fallen kom från storstadsområdena. Den dominerande andelen aids-sjuka, 72 %, finns bland homo- och bisexuella män. En dryg tiondel uppger heterosexuell smitta, i många fall utomlands. 11 % har smittats genom blod eller blodprodukter. Fram till den 1 januari 1991 hade 17 sprutnarkomaner insjuknat i aids. Denna senare grupp kan komma att öka starkt under den närmaste tiden.

Den 1 januari 1991 rapporterades 2 655 HIV-positiva personer i Sverige varav 462 kvinnor. Hälften av de HIV-positiva är homo- och bisexuella män och drygt en femtedel är sprutnarkomaner. Heterosexuell smitta hade uppgivits av 14 % av männen och 54 % av kvinnorna. Den heterosexuella spridningen ökar emellertid. Det så kallade mörkertalet, det vill säga antalet HIV-smittade som ej rapporterats och inte är kända, är sannolikt inte särskilt stort. Det totala antalet HIV-smittade i Sverige bedöms kunna vara uppemot 3 000 personer.

4.8 Hoten mot folkhälsan

I socialstyrelsens folkhälsorapporter redovisas samlade bedömningar av folkhälsan. Med olika infallsvinklar får hotbilden delvis skilda innehåll. För vissa sjukdomar finns ingen bot och behandling, vilket gör att det förebyggande arbetet får en särskilt hög prioritet.

Andra sjukdomar är inte lika allvarliga utan har ett mer kroniskt förlopp. Detta gäller t. ex. diabetes. 3 % av befolkningen lider av diabetes – en sjukdom som förefaller att öka, dels därför att risken för att insjukna i insulinberoende typ-1 diabetes statistiskt sett har ökat med 2 % om året under 1980-talet, dels därför att befolkningen åldras och att typ-2 diabetes därmed blir vanligare. Övervikt är den avgörande orsaken till den senare typen av diabetes.

De olika hoten mot folkhälsan kräver motåtgärder – folkhälsofrämjande och förebyggande insatser, behandling och omvårdnad – alltefter vad som är tekniskt, ekonomiskt, etiskt och politiskt möjligt.

Sammanfattning: Det är genom den offentliga sektorn som samhällets intentioner och ambitioner vad gäller människors välfärd och hälsa i första hand kanaliseras. Genom sin förankring på nationell, regional och lokal nivå har den offentliga sektorn också en mycket stor kontaktyta mot övriga samhällsverksamheter – näringslivet, folkrörelserna och andra organisationer – och mot de enskilda människorna. Den indirekta effekten i samhället av den offentliga sektorns välfärds- och hälsopolitiska verksamhet är därmed också betydande.

I avsnittet lämnas en kortfattad redogörelse för det folkhälsoarbete som bedrivs inom landsting och kommuner och av vissa myndigheter.

5.1 Folkhälsoarbetet inom landsting och kommuner

Landstingskommunerna och primärkommunerna är tillsammans ansvariga för och har ett avgörande inflytande över en stor del av de förutsättningar för människors välfärd och hälsa som samhället tillhandahåller.

Landstingskommunernas uppgifter

Den offentliga hälso- och sjukvården har stor strategisk betydelse för ett effektivt folkhälsoarbete. Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I lagen anges särskilt att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Det ligger naturligtvis i hög grad i landstingskommunernas intresse att vidta åtgärder som minskar sjuklighet och förebygger ohälsa. Målen för landstingskommunernas folkhälsoarbete anges ofta på flera nivåer, för länet, för kommunområdet och för den enskilda kliniken eller vårdcentralen. Härutöver finns som regel särskilt upprättade program för att förebygga skador och olycksfall eller hjärt- och kärlsjukdomar m.m.

För landstingskommunernas förebyggande arbete har primärvården en strategisk och central roll. Inom primärvården bedrivs arbete som riktar sig såväl till individerna som till befolkningen i allmänhet. Exempel på primärvårdens förebyggande arbete är mödra- och barnhälsovård, föräldrautbildning, hälsouppläsning, hälsoundersökningar, hälsoprofilsbedömningar och rökavvänjning. Primärvården har också en viktig roll när det gäller utbildning och information om hälsorisker m.m. till allmän-

het, till andra samhällssektorer och till frivilligorganisationer samt i fråga om medverkan i samhällsplaneringen.

I de flesta landstingskommuner finns samhällsmedicinska enheter eller motsvarande verksamhet. Enheterna har en samordnande och kunskapsförmedlande roll i det förebyggande arbetet. Sålunda utarbetas av enheterna lokala hälsobeskrivningar, folkhälsorapporter samt dokumentation och uppföljning av det förebyggande arbetet. Enheterna arbetar också med metodutveckling, medverkan i samhällsplaneringen samt information, utbildning och annat stöd för det direkt förebyggande arbetet.

För att säkerställa kunskapsutvecklingen inom folkhälsoområdet har flera landsting etablerat särskilda samverkansorgan med bl.a. forskningsinstitutioner.

Givetvis betyder sjukhusens kliniker mycket för kunskaps- och metodutvecklingen inom folkhälsoområdet. De har en strategisk roll i kartläggningen och uppföljningen av ohälsa.

Kommunernas uppgifter

Kommunerna har en rad betydelsefulla uppgifter inom folkhälsans område. De gäller t.ex. miljöförbättringar i tätortsmiljöer, rent dricksvatten, bra bostadsstandard, trafiksäkerhetsåtgärder, stöd till barn, gamla och handikappade samt fritids- och kultursatsningar. Inom kommunernas barnomsorg och inom skolan är hälsoupplýsning och hälsofostran viktiga insatser. Varje kommun har en miljö- och hälsoskydds nämnd med uppgift att bedriva tillsyn, uppmärksamt följa utvecklingen inom kommunen och utarbeta de förslag som behövs. Nämndens arbetsområde är mycket brett och omfattar förutom allmänna hälso- och miljöskyddsfrågor t.ex. livsmedelsfrågor, kemikaliehantering, avfall, djurskydd och smittskydd. Kommunerna har ofta måldokument som kan avse bostadsbyggande, miljön eller program mot missbruk m.m. Målsättningar finns också i olika speciallagar, såsom socialtjänstlagen, hälsoskyddslagen samt plan- och bygglagen m.fl.

Plan- och bygglagen (1987:10) är en central samhällsplaneringslag. I lagen anges att det är en kommunal angelägenhet att planlägga användningen av mark och vatten. Den fysiska planeringen sammanlänkas med övrig samhällsplanering, som rör bostadsförsörjning, utbildning, barn-tillsyn, äldreomsorg, trafikförsörjning och energiförsörjning m.m. Planläggningen skall ge förutsättningar för en från social synpunkt god bostads-, arbets-, trafik- och fritidsmiljö.

Svenska Kommunförbundet avser att före sommaren 1991 presentera en rapport om den systematiska genomgång av kommunernas folkhälsoarbete som förbundet gjort under år 1990.

Många statliga myndigheter bedriver verksamheter som påverkar befolkningens möjligheter att undvika hälsorisker och välja hälsosamma levnadsvanor. Men olika samhällssektorer har olika traditioner för att belysa och beakta verksamheternas betydelse utifrån ett folkhälsoperspektiv.

I det följande vill vi ge en aktuell redovisning av hur hälsopolitiska mål integrerats inom olika samhällssektorer och av vilka insatser som görs. Denna redovisning ger därigenom en konkret bild av en viktig del av den nationella folkhälsopolitiken. Att göra en fullständig redovisning av samtliga myndigheters insatser skulle emellertid bli alltför omfattande. Vi har därför gjort ett urval.

Boende, närmiljö och trafik

Boverket

Boverkets ansvar för folkhälsofrågor finns tydliggjort dels i lag, dels i mer generella policydokument. Det lagreglerade ansvaret återfinns bl.a. i plan- och bygglagen och gäller t.ex. omprövning av kommunala planbeslut om de kan befaras vara olämpliga med hänsyn till de boendes hälsa.

Aktuella folkhälsoproblem av generell karaktär inom boverkets ansvarsområde är bl.a.:

- *Dåliga psykosociala boendemiljöer* präglade av storskalighet, enformighet och dåliga kommunikationer. Verket strävar efter en socialt inriktad stadsförnyelse och nyproduktion som utvecklar stödjande av småskaliga närmiljöer och som främjar kontakt och gemenskap. En bred kampanj "Miljö för miljoner" har initierats för att lyfta fram behovet av – också från folkhälsosynpunkt – väl fungerande och trevliga närmiljöer.
- *Sjuka hus*, ohälsosamt inomhusklimat, byggnadsmaterial som avger olämpliga ämnen, radonstrålning från marken och ventilationsanläggningar som inte fungerar. En omfattande utbildningsverksamhet pågår för att i ökad omfattning uppmärksamma och åtgärda dessa problem.
- *Olyckor i hem och närmiljö* utgör den helt dominerande delen av alla olyckor. Det är samtidigt ett område där olycksfallspreventionen är betydligt mindre utvecklad än exempelvis i arbetsmiljön och i trafiken. Boverket skall bl.a. med stöd i plan- och bygglagens krav om tillfredsställande skydd mot olycksfall i byggnader vidtaga åtgärder i den fysiska miljön för att minska risken för olyckor.

Trafiksäkerhetsverket

Trafiksäkerhetsverkets arbete är helt inriktat på att inom ramen för samhällets trafikpolitik minska olyckor och dödsfall i trafiken. Målet är att

det årliga antalet i vägtrafiken dödade personer år 2000 skall uppgå till högst 600 och antalet skadade till högst 40 000. Detta kräver att såväl antalet dödade som skadade minskar varje år med i genomsnitt 4 %.

Trafiksäkerhetsprogrammet betonar betydelsen av hastighetsbegränsningar och ökad trafikövervakning. Effekten av det mest långtgående hastighetsbegränsningssystemet uppskattas bli drygt 370 färre dödade och 7 800 färre skadade. Förstärkt övervakning inom nuvarande hastighetsbegränsningssystem bedöms minska antalet dödade med cirka 280 och antalet skadade med drygt 6 300.

Trafiksäkerhetsverket arbetar även med information och utbildning, i synnerhet till barn och ungdom.

Barnmiljörådet

Barnmiljörådet verkar för att förbättra barns miljö med inriktning på deras lek och säkerhet genom bl.a. faktainsamling och information till föräldrar och olika professionella grupper, exempelvis inom barnomsorgen, om konkreta åtgärder för att förebygga barnolycksfall. Stöd ges till det lokala barnmiljöarbetet i kommuner och landsting samt till lokala grupper och enskilda som arbetar för att förbättra barnens närmiljö i bostadsområden. Barnmiljörådet har vidare utvärderat exempelvis barnavårdscentralernas arbete med barnsäkerhetsinformation och analyserat dödsorsaker vid barnolycksfall.

Konsumentverket

Konsumentverkets insatser av betydelse för folkhälsan är speciellt budgetrådgivning till resurssvaga grupper och arbete för ökad produktsäkerhet.

Vad avser hushållsbudgetfrågorna ägnar verket särskild uppmärksamhet åt t.ex. matekonomi och specialkostor.

Produktsäkerhetskontrollen avser bl. a. hushållsapparater, verktyg och andra maskiner samt olika kemiska produkter. Beträffande de kemiska produkter som används i hemmet betonar verket att många fortfarande är omedvetna om hur farliga dessa hushållskemikalier kan vara. Enligt giftinformationscentralen inträffar det t.ex. varje år cirka 10 000 incidenter där barn under fem år är inblandade.

Produktsäkerhetsarbetet är även inriktat mot säkrare leksaker, flytvästar, hjälmar och annan skyddsutrustning.

Verket arbetar vidare med bostadens inre utformning och inredning vilket bl.a. omfattar hälsofrågor, såsom barns och äldres säkerhet, insatser för att öka handikappades funktionsmöjligheter samt allergiproblem.

En huvuduppgift för konsumentverket är att stötta den lokala konsumentverksamheten. Ett nära samarbete har också etablerats med bildningsförbunden samt pensionärs- och andra frivilligorganisationer.

Arbetarskyddsstyrelsen

Arbetarskyddet har varit inriktat mot olycksfallsförebyggande insatser. Under olika perioder har samtidigt andra områden fått speciell uppmärksamhet. Under 1970-talet ökade t.ex. insatserna mot de kemiska hälsorisikerna. Under 1980-talet har det i första hand varit området belastningsergonomi som krävt allt större resurser. Under senare år har även arbetsorganisatoriska och psykosociala förhållanden av vikt för hälsan fått allt större betydelse. Ett utvecklingsdrag i arbetsmiljöarbetet är en allt starkare markering av att främja arbetslivets positiva sidor för hälsa och välbefinnande.

Inom ramen för arbetarskyddsstyrelsens uppgift ligger också att förebygga risker för särskilt utsatta grupper.

Arbetarskyddsstyrelsen har ett samordningsansvar vad gäller arbetsmiljöfrågor. För att kunna fullgöra denna uppgift krävs omfattande tvärsektorielt samarbete med andra myndigheter.

Arbetslivsfonden

Att inrätta arbetslivsfonden var ett led i regeringens offensiv för att förnya arbetslivet och bekämpa den dåliga arbetsmiljön samt förhindra utslagningen från arbetslivet. Fonden har skapat helt nya förutsättningar för att höja ambitionsnivån både i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i den aktiva rehabiliteringen.

Riksdagen beslöt år 1989 att ta ut en särskild arbetsmiljöavgift om 1,5 % under perioden september 1989 – december 1990. Totalt har ca 15 miljarder kronor samlats i arbetslivsfonden. Våren 1990 beslutade riksdagen (prop. 1989/90:62, SFU12, rskr. 185) om riktlinjer för hur fondens medel skall användas samt om en organisation för att pröva bidrag och förvalta fondmedlen. Fonden skall användas dels för arbetsmiljöförbättrande åtgärder, dels för rehabiliterings- och anpassningsinsatser.

De centrala och regionala arbetslivsfonderna bildades och kom igång med sin verksamhet under år 1990. Fonden verkar bl.a. för att arbetsmarknadens parter skall ta fram breda branschprogram för arbetsmiljöförbättrande åtgärder och rehabiliterings- och arbetsanpassningsinsatser. Programmen är vägledande för ansökningar om bidrag.

Arbetslivsfonden ger efter prövning bidrag till arbetsgivare som i samverkan med berörda fackliga organisationer har utarbetat arbetsplatsprogram eller ansökningar om medel för branschövergripande projekt.

När det gäller *arbetsmiljöåtgärder* kan bidrag ges för att bygga upp referensarbetsplatser som kan utvecklas till förebilder, stödjande utvecklings- och försöksverksamhet med ny arbetsorganisation, stödjande projekt som avser planering, ledning och uppföljning, stödjande riktade utbildnings- och informationsinsatser samt stödjande sådana konkreta arbetsmiljöåtgärder som arbetsgivaren inte är skyldig att vidta.

Bidrag till *rehabiliterings- och anpassningsåtgärder*, som i huvudsak skall vara yrkesinriktade, kan avse arbetsträning, förändrade arbetsuppgifter eller arbetsmetoder, åtgärder för anpassning av arbetsplatsen vad gäller arbetshjälpmedel, åtgärder i fråga om attitydpåverkan m.m., riktade utbildnings- och informationsinsatser samt stöd till uppbyggnad och utveckling av nya rehabiliteringsmetoder.

Arbetsmarknadsverket

En aktiv arbetsmarknadspolitik blir, genom att motverka arbetslöshet och risk för arbetslöshet, också en politik för bättre folkhälsa.

Arbetsmarknadsverkets roll i folkhälsoarbetet är speciellt viktig för de grupper som har en svag position på arbetsmarknaden. Det kan gälla lågutbildade ungdomar, handikappade och dem som av olika skäl slagits ut från arbetsmarknaden. Arbetsmarknadsutbildningen (AMU) är därvid av strategisk betydelse, eftersom den ger arbetslösa med bristfällig utbildning möjlighet att förstärka sin kompetens och därmed öka sina möjligheter att återinträda på den reguljära arbetsmarknaden.

I ett folkhälsoperspektiv är det givetvis viktigt att också speciellt beakta de handikappades möjligheter till arbete. De arbetsmarknadspolitiska åtgärderna på detta område omfattar bl.a. lönebidrag till arbetsgivare som anställer personer med arbetshandikapp, bidrag till arbetshjälpmedel och arbetsbiträde.

Arbetsmarknadsverket har utbyggda former för att samverka med andra statliga myndigheter verksamma inom rehabiliteringsområdet, såsom arbetarskyddsstyrelsen, riksförsäkringsverket och socialstyrelsen. Detta har bl.a. resulterat i ett antal dokument som speglar ett gemensamt synsätt inom rehabiliteringsområdet och ger linjeorganisationerna stöd i rehabiliteringsarbetet.

Miljösektorn

Statens naturvårdsverk

Statens naturvårdsverk har under de senaste åren i ökad utsträckning kommit att fokusera sig på samband mellan fysisk miljö och befolkningens hälsa.

Aktuella hälsoinriktade programområden vid naturvårdsverkets forskningsnämnd är:

- Luftföroreningar i tätorter
- Miljömedicinskt varningssystem, baserat på biologiska indikationer
- Hälsorisker vid förorening av mark och vatten.

Dessutom planeras för budgetåret 1991/92 att följande hälsoinriktade program skall starta:

- Miljömedicinskt varningssystem 2
- Riskuppskattning - luftemissioner

- Miljö- och folkhälsa
- Organiska miljögifter.

Naturvårdsverket bedriver sedan år 1978 programmet för övervakning av miljökvalitet, PMK, som huvudsakligen täcker sådana geografiska områden som inte är påverkade av direkta föroreningsutsläpp. I propositionen En god livsmiljö (1990/91:90) föreslår regeringen en kraftfull utbyggnad av miljöövervakningen i landet. Naturvårdsverket överväger därvid att utvidga befintlig miljöövervakning till att omfatta fler delprogram, bl.a. en hälsoinriktad miljöövervakning.

En annan av naturvårdsverkets strategiska insatser i ett hälsopolitiskt perspektiv är vidare Aktionsprogrammet mot luftföroreningar och förorening. Planeringsmålet är att riktvärdena år 2000 för kloxid, svavel-dioxid, kvävedioxid och sot inte får överskridas. Den totala cancer-risken bör ligga på samma risknivå som anges inom strålskyddet (1-10 dödsfall i cancer per år och miljon invånare). Det förutsätter att förekomsten av cancerframkallande ämnen i luften minskas med minst 90 %.

Buller från vägtrafiken är också ett stort problem. Närmare 3 miljoner människor utsätts för vägtrafikbuller som överskrider det riktvärde som gäller för planering av nya bostadsområden.

Statens strålskyddsinstitut

Statens strålskyddsinstitut har som en av sina grundläggande uppgifter att skydda människor mot oönskade effekter av strålning.

Två områden är därvid av direkt folkhälsokaraktär: radon i bostäder och solstrålning. Strålskyddsinstitutet uppskattar att ca 130 000 bostäder idag har värden som överskrider gränsen för sanitär olägenhet. Antalet radonorsakade lungcancerfall per år under 1990-talet uppskattas till mellan 300 och 3 000 med cirka 1 100 som det troligaste värdet. Det är angeläget att takten i arbetet med att både spåra och åtgärda bostäder med höga radonhalter ökar.

Malignt melanom är den cancerform som ökat snabbast under de senaste decennierna. Årligen drabbas ca 2 000 personer av denna sjukdom. Sambandet mellan malignt melanom och intensiv solstrålning är klarlagt. Därför bör insatser genomföras för att öka medvetenheten om att solning – speciellt vid kortare besök i varmare länder – bör ske med förstånd.

Kemikalieinspektionen

Kemikalieinspektionens huvuduppgifter är att minska riskerna för skador på människor och miljö av kemiska produkter.

Kemikalieinspektionens verksamhet av betydelse för befolkningens hälsa är bl.a. inriktad mot att skärpa kraven på produktinformation för bekämpningsmedel, utveckla bedömningskriterier och genomföra utredningar om olika kemiska produkters allergi- och cancerframkallande egenskaper, initiera framåtblickande studier för att få underlag för att bedöma hur

kemikalieanvändningen utvecklas och dess konsekvenser för hälsan samt informera allmänheten om märkningssystemet för kemiska produkter.

Det finns enligt kemikalieinspektionens mening anledning att särskilt uppmärksamma kemiska ämnen som har sådana toxiska egenskaper att användningen av dem bör avsevärt begränsas eller avvecklas helt enligt speciella tidplaner. Det är uppenbart att handelspolitiska överenskommelser kan påverka möjligheterna att snabbt genomföra åtgärder som omfattar import till Sverige. Det är bl.a. därför viktigt att bedriva arbetet med kemikaliekontroll i internationell samverkan. Kemikalieinspektionen har i OECD initierats ett nytt program för att begränsa riskerna med hälso- och miljökadliga kemikalier. Arbetet har inletts genom fallstudier av bl.a. bly, kvicksilver, kadmium, metylenklorid och bromerade flamskyddsmedel, och har utförts av olika medlemsländer.

Jordbruks- och livsmedelssektorn

Livsmedelsverket

Livsmedelsverket är central tillsynsmyndighet enligt livsmedelslagen (1971:511). Lagen syftar till att skydda konsumenternas hälsa genom att skydda dem mot skadliga eller otjänliga livsmedel.

Livsmedelsverket skall även verka för att konsumenterna skall förändra kostvanorna i sundare riktning.

Huvuddelen av verkets resurser används för kontroll- och förvaltningsuppgifter. Verksamhetens inriktning på kost- och hälsofrågor har stärkts under senare år. Livsmedelsverket antog år 1987 ett handlingsprogram för kost och hälsa. För att förstärka informationsinsatserna inom området har verket fått totalt 7 milj.kr. under två år (1990/91 och 1991/92) till ett projekt som anknyter till såväl folkhälsogruppens arbete som till verkets handlingsprogram. Projektet är inriktat mot lunchrestauranger, fackliga organisationer, viss direkt information till konsumenter samt information via massmedier.

Programmet syftar till att minska sociala skillnader vid kostrelaterade sjukdomar.

Utbildningssektorn

Skolöverstyrelsen/skolverket

Hälsofostran i dess vidaste bemärkelse är den del av skolans verksamhet som har störst betydelse för folkhälsan. Målet är att få barn och ungdom att tillägna sig hälsofrämjande vanor samt medvetenhet om hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden.

Hälsofostran bör vara ett naturligt, väl integrerat inslag i den vardagliga undervisningen och det dagliga livet i skolan. Riktade åtgärder bör vidtas

för speciella elevgrupper som har speciella behov av omsorg i hälsofrågor.

En viktig del av skolans folkhälsoarbete är skolhälsovården som – enligt skollagen (1985:1100) – "har till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem".

Det är väsentligt att samhällets övergripande hälsomål tydliggörs i läroplanerna för grundskolan och gymnasieskolan, så att folkhälsofrågorna kan få en hög prioritering inom skolan. Det är därvid angeläget att speciellt betona skolans hälsofostrande betydelse för att minska de skillnader i ohälsa mellan olika socialgrupper som grundläggs och successivt växer under barn- och ungdomsåren.

Det är viktigt att skolan fokuserar sig på följande områden i folkhälsoarbetet:

- Alkohol, där målsättningen bör vara att sänka konsumtionen och uppskjuta alkoholdebuten. Flickorna bör särskilt uppmärksammas.
- Tobak, där en ökad konsumtion bland skolungdomar har noterats.
- Kost, där stora hälsovinster skulle kunna uppnås om goda matvanor grundlades under barn- och ungdomsåren.
- Samlevnad, med hänsyn bl.a. till ett ökat antal aborter bland tonåringar och en hög frekvens sexuellt överförda sjukdomar.
- Arbetsmiljöfrågor inom skolan, där såväl psykologiska frågor som skador, olycksfall och allergier är prioriterade områden.
- Motion och idrott, vars betydelse för en god hälsa blir allt bättre dokumenterad.

Sociala sektorn

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen skall som den centrala förvaltningsmyndigheten för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten utöva kvalificerad tillsyn, uppföljning och utvärdering inom det socialpolitiska området. Syftet är att tillgodose allmänhetens berättigade krav på kvalitet och säkerhet i vården samt att stödja kommuner och landsting i fullgörandet av lagstadgade krav.

Socialstyrelsen har vidare att ge underlag för regeringens och riksdagens beslut om hur verksamheten inom den sociala sektorn bör utvecklas. En huvuduppgift för socialstyrelsen är också att vara ett kunskapscentrum med ansvar att samla och utveckla kunskap i samverkan med huvudmän, forskningsinstitutioner och organisationer samt att sprida dessa kunskaper till olika grupper, verksamma inom det socialpolitiska området.

Vad avser folkhälsofrågor skall styrelsen formulera folkhälsoprogram och övervaka hur de genomförs med tyngdpunkten i uppföljning och utvärdering samt genomföra utredningar inom folkhälsoområdet på uppdrag av regeringen.

Socialstyrelsens verksamhet är till viss del organiserad kring tvärsektoriella s.k. huvudprogram för exempelvis alkohol och droger, HIV/aids, barn och ungdom samt vårdstrukturen. Ett speciellt programområde finns också för folkhälsoarbetet som bl.a. omfattar ett nationellt olycksfallsprogram, Landsorganisationens folkhälsoprojekt, ett hjärt-kärl och cancerprojekt samt ett tandhälsoprojekt om fluorider i den kariesförebyggande verksamheten.

Socialstyrelsen driver vidare ett antal tvärsektoriella folkhälsoprojekt inriktade bl.a. mot sex- och samlevnadsfrågor samt kost och motion.

Löpande sker en epidemiologisk bevakning, dvs. insamling och analys av olika typer av hälsodata. Socialstyrelsen svarar också själv för register över bl.a. slutenvård och cancer. Socialstyrelsens arbete med socialtjänstens frågor har ofta stor relevans för folkhälsoarbetet. Särskilt gäller detta arbetet för barn och ungdom, äldreomsorg och stöd till handikappade.

Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM)

Den ökade insikten om att även sociala och psykologiska faktorer kan prägla och påverka livsvillkor och livsstil och därmed folkhälsan ledde till att riksdagen år 1980 beslöt att inrätta ett självständigt institut för psykosocial miljömedicin (IPM) med egen, avnämarsammansatt styrelse och direkt underställd regeringen. Institutet bedriver forskning, utbildning, dokumentation och information, som är inriktad på praktisk tillämpning inom social-, hälsovårds- och arbetsmarknadsområdena. Verksamheten är utpräglad tvärvetenskaplig och tvärsektoriell.

Huvudinriktningen är

- barns psykiska hälsa under inverkan av olika livsvillkor och livsstilar,
- arbetsmiljöns förhållanden och förändringar,
- otrygghet i arbetet och arbetslöshet,
- hälso- och sjukvårdens humanisering och effektivisering samt
- äldreomsorg innefattande betydelsen av egenkontroll och ett aktivt liv.

Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna

Riksförsäkringsverkets och försäkringskassornas verksamhet har traditionellt inte varit inriktad på folkhälsoarbete. När denna verksamhet nu betonas gäller det bl.a. att förbättra försäkringskassornas möjligheter att åstadkomma arbetslivsinriktad rehabilitering för långvarigt sjukskrivna och förbättrade möjligheter för förtidspensionärer att återgå till arbetslivet, m.m.

Ett omfattande utvecklingsarbete pågår som innebär att man förskjuter tyngdpunkten mot aktiva åtgärder för att motverka behovet av försörjningsstöd och därmed införa en arbetslinje i socialförsäkringen.

Ett väsentligt steg för försäkringskassornas möjlighet att effektivisera rehabiliteringsverksamheten togs i och med riksdagens beslut i enlighet med proposition 1989/90:62 om insatser för aktiv rehabilitering och

arbetslivsfondens verksamhet m.m. (SfU12, rskr. 185). Härigenom kan försäkringskassorna från den 1 juli 1990 köpa tjänster för yrkesinriktad rehabilitering.

I propositionen (1990/91:141) om rehabilitering och rehabiliteringsersättning lämnas förslag till lagstiftning inom ramen för den allmänna försäkringen om ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering och om ekonomisk ersättning vid sådan rehabilitering.

Regeringen har i regleringsbrevet för budgetåret 1990/91 preciserat målen för riksförsäkringsverket och kassorna. Förutom att ge ersättning enligt socialförsäkrings- och bidragssystemen skall arbetet inriktas på att upptäcka orsaker till och vidta åtgärder för att reducera behovet av långa sjukskrivningar, förtidspensioneringar och arbetsskadeersättningar. Samtidigt fastlades ett nationellt mål som innebär att det s. k. ohälsotalet skall sänkas med två dagar jämfört med föregående budgetår. Det nationella målet för ohälsotalets minskning skall brytas ned i delmål för varje försäkringskassa.

Ett handlingsprogram för arbetet mot ohälsan har redovisats i en särskild rapport till regeringen om ohälsan och insatser mot den (RFV ANSER 1990:5). I rapporten har riksförsäkringsverket delat upp åtgärder mot ohälsan i fyra grupper. Dessa är förebyggande insatser, attitydpåverkande insatser, kontroller och rehabilitering.

Det är angeläget att genom olika förebyggande åtgärder försöka förhindra att människor drabbas av sjukdomar och skador. För att lyckas med det behövs bl.a. ökade kunskaper om olika orsaker till ohälsa, såsom dåliga arbetsmiljöer och andra faktorer.

Sammanfattning: Folkrörelserna är ett uttryck för människors engagemang och strävan att skaffa sig inflytande över sina levnadsvillkor. Studieförbunden, idrottsrörelsen, nykterhetsrörelsen, patient- och klientorganisationerna, de fackliga organisationerna, organisationerna för miljö-, bostads- och konsumentfrågor, handikapporganisationerna, pensionärsorganisationerna och naturligtvis de politiska partierna – alla utgör de betydelsefulla kuggar i det samlade folkhälsoarbetet.

I framväxten av det demokratiska välfärdssamhälle som dagens Sverige utgör har folkrörelserna haft en viktig del. Deras krav på förändringar har vuxit fram ur en verklighet där de drabbade själva sökt kunskap och möjligheter att göra sina liv mer drägliga. Genom folkrörelsernas bredd har deras företrädare kunnat tala på mångas vägnar. Styrkan har legat i kravens djupa förankring.

Beskrivningen av dagens ohälsoproblem visar tydligt att det finns stora uppgifter även för dagens folkrörelser – att förmedla kunskaper, formulera krav och påverka.

Inom många av folkrörelserna har också verksamhet direkt förknippad med folkhälsofrågor en central plats.

6.1 Folkbildningens roll för kunskapsuppbyggnaden

Inom ramen för det fria och frivilliga folkbildningsarbetet görs många värdefulla insatser som syftar till att öka människors intresse och medvetenhet om olika faktorer som formar våra liv psykiskt, fysiskt och socialt. Ett stort antal folkhögskolor anordnar såväl korta som längre kurser med inriktning mot friskvårdsfrågor.

De olika studieförbunden anordnar ett mycket stort antal studiecirklar i olika ämnen, som har anknytning till folkhälsofrågor i vid bemärkelse. Inom studieförbundens verksamheter erbjuds studiecirklar, dels till en bredare allmänhet, dels till särskilda målgrupper, t. ex. ungdomar, pensionärer och handikappade. Därtill anordnar flera studieförbund enstaka föreläsningar eller föreläsningsserier inom detta ämnesområde.

6.2 Folkrörelsernas roll för den fysiska aktiviteten

Idrott i olika former utgör en mycket stor och livaktig del av vår kultur. Detta manifesteras i det stora antal människor, omkring 4 miljoner, som aktivt ägnar sig åt någon form av regelbunden fysisk träning. Det finns 1,9 miljoner personer som ofta är fysiskt aktiva, 700 000 som tävlar och 7 000 som utövar idrott på elitnivå. Genom det stora intresse och utrymme som idrott får i våra massmedia utgör idrotten en viktig påverkansfaktor särskilt för ungdomen vad gäller normer, värderingar och

livsstil. Samhällsekonomiska analyser visar att samhällets vinst av idrott och motionsaktiviteter vida överstiger deras kostnader.

I den organiserade idrotten är cirka 2 miljoner människor aktiva. Riksidrottsförbundet är en paraplyorganisation för 62 olika specialidrottsförbund. Inom Riksidrottsförbundet arbetar den samlade idrottsrörelsen i Sverige för att utveckla idrotten och motionen. Riksidrottsförbundet har definierat sin strävan såsom att "idrott skall organiseras så att den i någon form blir tillgänglig för alla".

Vissa kategorier är underrepresenterade bland de aktiva. En sådan kategori är kvinnor, som i jämförelse med män ägnar kortare tid åt idrott och motion. Äldre människor visar också bristande benägenhet för idrott och motion.

Aktivitetsgraden skiljer sig också åt mellan olika socioekonomiska grupper. Tjänstemän med eftergymnasial utbildning är aktiva inom idrott och motion i större utsträckning än arbetare med kortare utbildning. Det är av största vikt för en god folkhälsa att hitta vägar att stimulera de grupper som ännu inte motionerar.

Sverige är i relativa termer framgångsrikt när det gäller handikappades möjligheter till idrott och motion. Genom de handikappades eget arbete och ekonomiskt stöd från samhället har idrott och motion blivit viktiga delar i personlig utveckling och rehabilitering. Verksamheten skapar gemenskap och bidrar till en aktiv och skapande fritid.

Idrott och motion får en allt större betydelse för att stärka folkhälsan. Det är viktigt att idrottsrörelsen fortsätter att medverka i folkhälsoarbetet genom en motionsverksamhet riktad till de breda folklagren. Goda motionsvanor är grundläggande behov för en god folkhälsa. Folkhälsan har inte betydelse enbart för den enskilda människans välbefinnande. Ett samhälle där människans naturliga förutsättningar till fysisk verksamhet tillgodoses blir ett samhälle med senare åldrande, minskad utslagning på arbetsplatserna samt färre sjukdomar och skador genom förlitning i arbetet. Det innebär vidare ökade kunskaper om och möjligheter till god rekreation i den natur som allemansrätten ger oss tillträde till.

6.3 Folkrörelsernas roll i det alkohol- och drogförebyggande arbetet

Folkrörelserna har en lång tradition och en mycket viktig roll i det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Vikten av deras insatser har betonats i 1977 års alkoholpolitiska proposition (1976/77:108) och i 1984 års narkotikapolitiska proposition (1984/85:19). Det gäller särskilt deras roll som opinionsbildare, men också deras möjligheter att erbjuda en positiv och meningsfull fritid. Folkrörelsernas och organisationernas engagemang i drogfrågorna är av stor betydelse för möjligheterna att komma till rätta med drogproblemen i samhället.

Under de senaste åren har organisationernas betydelse accentuerats ytterligare, bl.a. genom att de aktivt deltagit i de centrala opinionsbildan-

de insatser som regeringen initierat – t.ex. inom ramen för Boman- och Athena-gruppernas arbete.

Utgångsläget för samhällets inställning till folkrörelsernas engagemang inom alkohol- och drogområdet är att dessa skall kunna bedriva sin verksamhet med utgångspunkt från sina värderingar och välja arbetssätt och typ av insatser utifrån de egna förutsättningarna. Informationens och verksamhetens innehåll skall kunna präglas av varje folkrörelses särart.

På alkoholområdet finns framför allt nykterhetsrörelsens organisationer samt olika länkorganisationer som arbetar med att stödja f.d. missbrukare. Inom narkotikaområdet finns klientorganisationer som organiserar människor som själva är direkt berörda av missbrukarproblemen, t.ex. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL) och Föräldraföreningen mot Narkotika (FMN). De bedriver en rad olika verksamheter som syftar till att stödja de egna medlemmarna, men även andra missbrukare och deras anhöriga.

Det finns också ett antal organisationer med kyrklig anknytning som arbetar med att hjälpa och stödja missbrukare, t.ex. De Kristna Samfundens Nykterhetsrörelse (DKSN), som bedriver ett viktigt förebyggande arbete genom RIA-byråerna (Rådgivning i alkoholfrågor), samt Lewi Pethrus-stiftelsens sociala verksamhet.

Under senare år har även organisationer som huvudsakligen arbetar med andra områden uppmärksammat drogfrågorna, t.ex. idrottsrörelsen, fackföreningsrörelsen, föräldraföreningar inom skolan, m.fl.

Statsbidrag utgår till organisationerna för deras arbete med alkohol- och drogfrågor. Stödet, som under budgetåret 1991/92 föreslås uppgå till cirka 58 milj. kr., avser dels organisationsstöd, dels bidrag till olika drogforebyggande projekt.

Organisationsstöd utgår till nykterhetsorganisationer för deras centrala verksamhet. En särskild nämnd – samarbetsnämnden för fördelning av statsbidrag till vissa nykterhetsorganisationer – som regeringen utser, fördelar statsbidraget.

Det utgår även bidrag till sammanslutningar av f.d. alkoholmissbrukare, sammanslutningar för stöd och hjälp åt narkotikamissbrukare samt vissa organisationer som bedriver rehabiliteringsarbete inom missbruksområdet. Även de så kallade KALV-organisationerna (Länkens kamratförbund, Alkoholproblematikers riksorganisation, Länkarnas riksförbund och Verdandi) erhåller organisationsstöd.

Socialstyrelsen och statens ungdomsråd fördelar bidrag till olika drogforebyggande projekt. Under de senaste åren har man prioriterat verksamheter som främst är inriktade på ungdomar i syfte att vända tendensen från en ökad alkoholkonsumtion bland ungdomar till en minskad.

De områden som har getts företräde vid fördelning av projektbidrag är:

- *Arbetslivet*, genom bl.a. arbetsmarknadens organisationer och företagshälsovården.
- *Skolområdet*, såväl vid högstudier, gymnasier och folkhögskolor som vid universitet och högskolor.

- *Socialtjänsten*, bl.a. för att informera om droger, lagstiftning och hjälpmöjligheter samt för att bidra till att utveckla drogfria nöjesaktiviteter och metoder för att nå och stödja ungdomar som är på väg in i ett missbruk.
- *Fritidssektorn*, genom att bl.a. utveckla drogfria nöjesaktiviteter för ungdomar över 15 år, aktiviteter som bidrar till gemenskap i bostadsområden och andra fritidsaktiviteter.

6.4 Fackliga organisationer

De fackliga organisationerna har av tradition starkt engagerat sig även i hälsofrågor – givetvis då i första hand i relation till arbetslivets och arbetslöshetens ohälsfaktorer. Landsorganisationen (LO), som i särskilt stor utsträckning organiserar lågavlönade och icke fackutbildade, har på flera sätt arbetat med dessa frågor – ofta utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Ett exempel på detta är det stora folkhälsoprojekt som Landsorganisationen, med statligt stöd, bedriver i samarbete med bl.a. kommuner och landsting. Erfarenheterna av det lokalt baserade folkhälsoarbetet är goda.

LO har också uppmärksammat medlemsgruppernas hälsosituation i en rapport i utredningsserien "LO-medlemmar i välfärden". Rapporten kommer att redovisas vid sommarens LO-kongress.

7 FOLKHÄLSOARBETET I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

Sammanfattning: Utgångspunkten för det internationella folkhälsoarbetet är WHO:s strategi om "Hälsa för alla år 2000". Den förutsätter att regionala och nationella folkhälsostrategier utarbetas och följs upp. WHO:s mål är att skillnaderna i hälsotillstånd mellan länder och befolkningsgrupper skall minska.

En svensk anslutning till EG innebär ökade krav på en tydlig nationell folkhälsopolitik. Det gäller dels vid en tillnärmning till EG:s direktiv och riktlinjer, dels i samarbetet kring en europeisk folkhälsopolitik.

EG har ingen gemensam alkoholpolitik. Ministerrådet har dock uttalat att EG:s agerande på alkoholområdet bör anpassas till WHO:s verksamhet. I fråga om alkoholskatten har EG-kommissionen föreslagit att en obligatorisk miniminivå och en s.k. målskattenivå skall införas.

7.1 Folkhälsoarbetet inom Världshälsoorganisationen

De flesta av dagens grundläggande principer för folkhälsoarbete återfinns i Världshälsoorganisationens (WHO:s) stadgar från år 1948. I stadgarna lyfts särskilt fram förutsättningarna för barns utveckling, alla människors behov av kunskap för att aktivt kunna delta i frågor av betydelse för hälsoutvecklingen samt förbättringar vad gäller kost, boende, sanitet, rekreation, ekonomi, arbetsförhållanden och andra miljöfrågor som är av betydelse för hälsan. Betydelsen av den psykiska hälsan och relationerna mellan människor finns också särskilt markerad.

Inom WHO har folkhälsofrågorna alltid varit centrala. I och med 1977 års resolution om "Hälsa för alla år 2000" skedde en ny politisk kraftsamling kring en bred syn på hälsa och en förnyelse av instrumenten för folkhälsoarbetet. Baserat bl.a. på Alma Ata-deklarationen om primärvården som bas i hälso- och sjukvården antogs år 1981 den globala Hälsa för alla-strategin. Denna strategi förutsatte också att regionala och nationella folkhälsostrategier utarbetades och följdes upp.

År 1984 antog länderna i WHO:s europaregion Hälsa för alla-strategin med 38 hälsopolitiska mål.

Strategins övergripande målsättning är:

- att uppnå jämlikhet i hälsa mellan och inom länderna genom att minska skillnader i hälsotillstånd mellan länder och mellan befolkningsgrupper i länderna med minst 25 % till år 2000,
- att lägga liv till åren genom att människor fullt ut skall kunna utnyttja sina egna fysiska och psykiska resurser för att hantera den egna livssituationen på ett hälsosamt sätt,

- att lägga hälsa till livet genom att öka antalet år som människor lever fria från sjukdom och handikapp med minst 10 % till år 2000 och
- att lägga år till livet, bl.a. genom en fortsatt minskning av spädbarns- och mödradödligheten och för tidig död till följd av hjärt- och kärlsjukdomar, olycksfallsskador och cancer m.m.

För att kunna nå dessa mål krävs enligt WHO att den nationella hälsopolitiken inriktats på jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor, hälsofrämjande och förebyggande arbete, aktivt engagemang hos medborgarna, tvärsektoriellt samarbete samt en hälso- och sjukvård med inriktning mot primärvård och internationellt samarbete.

Vid Världshälsoförsamlingen år 1986 förtydligades denna önskvärda inriktning av den nationella hälsopolitiken ytterligare. I en resolution, som stöddes bl.a. av Sverige, uppmanades medlemsländerna att identifiera hälsopolitiska mål för en rad samhällssektorer, bl.a. jordbruk, utbildning och bostäder, och att söka precisera hälsoeffekter av aktuella program inom dessa områden. Vidare uppmanades medlemsstaterna att precisera jämlikhetsmål för att förbättra hälsan för underprivilegierade grupper. Medlemsstaterna uppmanades också att använda hälsotillståndet hos befolkningen och särskilt bland underprivilegierade grupper som en viktig indikator på samhällsutvecklingen.

De globala uppföljningarna av Hälsa för alla-strategin har visat att speciellt industriländerna har använt sig av strategin för att utveckla det förebyggande arbetet och primärvården inom de egna länderna. För närvarande har ca två tredjedelar av de 32 länderna i Europaregionen antagit Hälsa för alla-strategin.

7.1.1 WHO och alkoholpolitiken

Ett av de hälsopolitiska målen för länderna i WHOs europaregion är att det skall ske en påtaglig minskning i hälsovådligt beteende, bl.a. i fråga om överkonsumtion av alkohol och läkemedel samt i fråga om användning av narkotika och farliga kemiska ämnen.

Det finns enligt WHOs regionalkommitté för Europa omfattande belägg för att alkohol är en av de viktigaste bidragande orsakerna till sociala och hälsomässiga problem. För att underlätta förverkligandet av målet att åstadkomma en påtaglig minskning i hälsovådligt beteende är det därför viktigt att de enskilda nationerna utformar särskilda alkoholpolitiska program i syfte att fram till år 2000 minska alkoholkonsumtionen med minst 25 %, räknat från år 1980.

I propositionen (1984/85:181) om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. framhöll dåvarande socialministern att det skulle innebära stora välfärds- och hälsomässiga vinster för Sveriges del om vi lyckades sänka alkoholkonsumtionen i enlighet med WHOs rekommendationer. Socialministern ansåg därför att detta var en angelägen målsättning för den svenska alkoholpolitiken. Riksdagen har ställt sig bakom denna målsättning.

De nordiska länderna undersöker för närvarande möjligheterna att gemensamt finansiera en insats för att stärka WHO:s alkoholpolitiska arbete inom europaregionen. Regeringen är, som redovisats i årets budgetproposition, beredd att avsätta medel för detta ändamål.

7.2 Folkhälsoarbete i ett EG-perspektiv

Målsättningen inom EG är att före utgången av år 1992 ha etablerat den s.k. inre marknaden. För att åstadkomma detta måste gränserna öppnas så att varor, kapital, arbetskraft och tjänster får röra sig utan hinder mellan medlemsländerna. Olika tekniska och fiskala skillnader mellan länderna måste avskaffas.

Riktlinjerna för samarbetet i EG lades fast i Romfördraget år 1957. I fördraget finns inte någon legal bas för en gemensam reglering inom hälsoområdet. I Europeiska gemensamhetsakten ingår avsnitt om miljö, sociala frågor och forskning, medan hälsofrågor inte tas upp särskilt. Enligt artikel 100, tredje stycket, måste dock EG-kommissionen basera förslag som påverkar hälsan på en hög skyddsnivå. Artikel 36 ger länderna möjlighet att i undantagsfall ha kvar handelsrestriktioner för varor som bedöms som hälsofarliga. Samma artikel ger också länderna viss möjlighet att av hälsoskäl under motsvarande förutsättningar gå längre i sin lagstiftning än EG.

EG:s sociala stadga, som antogs år 1989, omfattar i huvudsak arbetstäckens rättigheter under 12 huvudområden.

Inom EG-samarbetet finns ännu inte några gemensamma regler för hälso- och sjukvårdsområdet. Inom det bindande regelsystemet har dock hälsofrågor berörts i samband med den fria rörligheten vad gäller varor och personer – t.ex. frågor om läkemedel, tobak och behörighetsregler för hälso- och sjukvårdspersonal. Flera andra områden inom EG:s regelsystem har också direkt relevans för folkhälsan. Hit hör regler om arbetarskydd, säkerhetsföreskrifter vad gäller maskiner och leksaker, märkning och kontroll av livsmedel och gränsvärden för främmande ämnen. Inom miljöområdet finns också en omfattande reglering med syfte att skydda människors hälsa med bl.a. kvalitetskrav för luft och vatten.

Vid sidan av det arbete som rör en rättslig reglering bedriver kommissionen en teknisk programverksamhet bl.a. inom ramen för "Medborgarnas Europa". Inom hälsoområdet kan nämnas det medicinska forskningsprogrammet och EG:s aktionsprogram mot cancer där också Sverige deltar. Andra frågor som har tagits upp är åtgärder mot aids och narkotikaproblem samt införande av ett gemensamt europeiskt hälsokort och åtgärder inom alkoholområdet.

Flera frågor som finns med i harmoniseringsarbetet berör således hälsosektorn men klassificeras f.n. inte i EG-terminologin som hälsopolitik. I de pågående förhandlingarna om en revidering av Romfördraget har föreslagits att hälsoområdet skall ges en större tyngd. Vid ett möte mellan stats- och regeringscheferna i Rom i december 1990 gjordes ett uttalande med innebörden att det finns behov av att utvidga eller omdefiniera EG:s

uppgifter inom hälsoområdet och då särskilt vad gäller bekämpningen av allvarliga sjukdomar. Det torde vara ganska klart att begreppet förebyggande åtgärder – direkta eller indirekta – kommer att införas i fördraget. Däremot torde inget land önska att EG får kompetens vad gäller frågor som rör hälso- och sjukvårdens organisation och prioriteringar.

En svensk anslutning till EG skulle innebära ökade krav på en tydlig nationell folkhälsopolitik. Detta gäller dels när Sverige skall närma sig EGs riktlinjer inom områden och verksamheter av betydelse för folkhälsan, dels i samarbetet kring en europeisk folkhälsopolitik. Vad avser harmoniseringsfrågorna står – i ett hälsopolitiskt perspektiv – arbetsmiljöfrågorna i förgrunden. Man skiljer därvid på bindande s.k. produktdirektiv och minimikrav. De svenska arbetsmiljöföreskrifterna torde med vissa få undantag kunna samordnas med EGs direktiv vad avser specifika produkter. Minimikraven vållar heller inte Sverige några problem då dessa krav inte innebär några hinder för att upprätthålla och följa strängare regler.

Det huvudsakliga syftet med EGs direktiv på läkemedelsområdet är att säkerställa bästa möjliga skydd för folkhälsan och att underlätta en fri rörlighet av läkemedel inom den interna marknaden. Ur svensk synpunkt kan man konstatera att de regler som nu gäller inom EG ger en säkerhetsnivå som är likvärdig med den som f.n. gäller inom vårt land. En ny och till EGs direktiv anpassad läkemedelslagstiftning är under beredning inom regeringskansliet.

På några områden skiljer sig EG-direktiven från Sveriges bestämmelser. Det gäller bl.a. direktiven om cancerframkallande ämnen.

Vad gäller tobaksvaror har kommissionen föreslagit en rad direktiv. Många av dessa har också antagits av ministerrådet, bl.a. vad gäller högsta tillåtna tjärhalt, ett gemensamt system för varningstexter på tobaksvaror och förbud mot TV-reklam.

Livsmedelspolitikens utformning kan ha effekter ur ett folkhälsoperspektiv. Vid ett eventuellt närmande till EGs politik på detta område är det angeläget att även sådana konsekvenser utreds och tydliggörs.

Folkhälsofrågorna kommer att utgöra en allt viktigare del i den svenska dialogen med EG. Det är speciellt angeläget att i detta sammanhang utveckla former för ett offensivt och aktivt samarbete i de olika typer av europeiska program som redan har eller kommer att initieras för att reducera olika folksjukdomar och specifika hälsorisker. WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa bör vara en viktig utgångspunkt för folkhälsoarbetet inom EG och EGs hälsopolitiska program bör utvecklas och genomföras i nära samarbete med WHO.

En av de från folkhälsosynpunkt viktigaste frågorna i ett svenskt EG-perspektiv är i vilken utsträckning den svenska alkoholpolitiken kan bibehållas inom ramen för de regler som kommer att gälla inom den gemensamma marknaden.

7.2.1 EG och alkoholpolitiken

Någon gemensam alkoholpolitik finns f.n. inte inom EG. Några länder, däribland Danmark och Frankrike, har ambitionen att utveckla nationella förebyggande program. Hittills har emellertid alkoholen främst betraktats som en jordbruksfråga. Mer än hälften av världens vin produceras inom EG. Den genomsnittliga vinproduktionen har tenderat att öka i EGs medlemsländer samtidigt som konsumtionen av vin tenderar att sjunka. Detta har lett till ett växande vinöverskott.

År 1986 uppmanade ministerrådet i en resolution EG-kommissionen att noga väga produktions-, distributions- och reklamintressena inom alkoholområdet mot de allmänna hälsointressena. En balanserad politik borde enligt ministerrådets mening skapas, och EGs agerande på området borde anpassas till WHO:s verksamhet.

Dryckesskatter

Medlemsländerna skiljer sig åt i en rad olika hänseenden, inte minst när det gäller beskattningen av alkoholdrycker. Till högskatteländerna hör Danmark, Irland och Storbritannien, under det att Grekland, Italien och Portugal har låga punktskatter på sprit. Vin beskattas inte alls i sistnämnda tre länder.

Ett tidigare förslag från EG-kommissionen om en gemensam skattesats på alkoholdrycker väckte starkt motstånd. Tanken på en omedelbar harmonisering har därför övergivits. Enligt det förslag som kommissionen nu lagt skall man före den 1 januari 1993 införa en obligatorisk miniminivå på olika punktskatter, bl.a. på alkohol. I förslaget ingår också att det förutom den obligatoriska miniminivån även skall finnas en målskattenivå, som skall ligga något högre och som medlemsländerna inte bör avlägsna sig från. Målskattenivåns syfte är, enligt förslaget, att punktskatterna i framtiden inte skall kunna ändras annat än i riktning mot denna nivå. Hur och när förslaget skall behandlas i fortsättningen är oklart, eftersom det rör sig om kontroversiella frågor som dessutom kräver enhälliga beslut i rådet.

Frågan om s.k. interna avgifter (punktskatter) behandlas i Romfördraget (art. 95), där det stadgas att en medlemsstat inte får lägga på varor från andra medlemsstater sådana skatter som överstiger motsvarande skatter på liknande inhemska varor. De processer som hittills förts i denna fråga vid EG-domstolen har gällt huruvida enskilda medlemsstaters lagar varit uppbyggda på ett sådant sätt att de skyddar inhemska produkter och därmed inte står i överensstämmelse med Romfördraget.

Alkoholmonopol

När det gäller frågan om statliga handelsmonopol stadgar Romfördraget (art. 37) att dessa skall vara så utformade att de inte diskriminerar produkter från andra medlemsländer. Bestämmelsen tar sikte på att garantera att staterna tar kommersiella hänsyn när det gäller att utforma monopolens inköps- och försäljningspolitik. Det skall råda fri konkurrens mellan inhemska varor och varor som importerats från andra medlemsländer.

I de pågående EES-förhandlingarna har EG begärt att en artikel med motsvarande innehåll som artikel 37 skall införas i EES-avtalet. Med anledning härav har EFTA-länderna tillställt EG-kommissionen skriftlig information om de nationella monopolens utformning och därvid hävdat att dessa inte är diskriminerande.

Gränshandel

Det finns också enligt Romfördraget (art. 30) förbud mot kvantitativa importrestriktioner. Undantag (art. 36) är förbud eller restriktioner som är motiverade med hänsyn bl.a. till människors liv eller hälsa. Sådana restriktioner får emellertid inte innebära godtycklig diskriminering eller förtäckt handelsbegränsning.

Inom EG finns särskilda resandebestämmelser om kvantitets- och värdegränser för varor som köps av resande för personligt bruk. Inom alkoholområdet rör kvantitetsbegränsningarna sprit och vin. Mängden öl som får införas begränsas till vad som motsvarar ett angivet penningbelopp.

Regeringens ställningstaganden i fråga om EG och den svenska alkoholpolitiken redovisas närmare i avsnitt 10.

8 FOLKHÄLSOSTRATEGIER FÖR 1990- TALET - NÅGRA PRIORITERADE OMRÅDEN

Prop. 1990/91:175

Regeringens förslag: Folkhälsoarbetet under de kommande åren skall i ökad utsträckning bygga på ett lokalt deltagande och engagemang, en framtagning, sammanställning och spridning av kunskap samt ett samarbete över sektorsgränserna.

Ett arbete för att utarbeta hälsopolitiska mål för de myndigheter vars verksamhet är av betydelse för befolkningens möjligheter att leva ett hälsosamt liv skall inledas. Beskrivningar av hälsoeffekter skall så långt möjligt ingå i de underlag till beslut som tas fram på myndighetsnivå och inom regeringskansliet.

Barn och ungdomars samt utsatta kvinnors hälsosituation skall speciellt uppmärksammas och särskilda insatser vidtas för att förbättra dessa gruppers hälsa.

Åtgärder för att minska konsumtionen av alkohol och tobak skall ges hög prioritet.

8.1 Folkhälsoarbete under utveckling

I ett historiskt perspektiv har den ekonomiska och sociala utvecklingen och fördelningen av välfärden haft avgörande betydelse för befolkningens hälsa. Folkhälsan har förbättrats bl.a. genom bättre hygien och kost, förbättrade arbetsvillkor och arbetsmiljöer, allmän skolgång, en genomtänkt fysisk planering med bra omgivnings- och boendemiljöer samt vissa medicinskt förebyggande insatser. Arbetet att förbättra befolkningens livsvillkor har varit fundamentet i den svenska folkhälsopolitiken.

De erfarenheter som vunnits i detta folkhälsoarbete är i hög grad också relevanta vid utformningen av framtidens hälsopolitik, trots att hälso-riskerna och därmed folksjukdomarna inte är desamma som förr.

Vi finner det dock angeläget att innehållet i och formerna för folkhälsoarbetet ständigt vidareutvecklas för att få genomslag i ett föränderligt samhälle.

Det svenska samhället kännetecknas för närvarande av en omfattande decentralisering där uppgifter överförs från staten till landstings- och primärkommuner. Kommunerna övertar vidare vissa uppgifter som tidigare har varit ett landstingskommunalt ansvar t.ex. inom äldreomsorgen. Även inom de olika sektorerna och organisationerna pågår ett arbete med inriktning mot decentralisering och delegering. Genom att den statliga detalj- och regelstyrningen successivt avvecklas förändras också de centrala statliga myndigheternas roll, varvid verksamheten alltmer kommer att koncentreras på tillsyn, uppföljning och utvärdering. Dessa förändringar måste också avspeglas i folkhälsoarbetet.

Ett närmande till EG kommer att ställa ökande krav på en tydlig nationell folkhälsopolitik. Det gäller för det första vid tillnärmningen till EGs riktlinjer inom områden och verksamheter av betydelse för folkhälsan. Denna process kan komma att medföra såväl nya möjligheter som vissa begränsningar t.ex. vad avser förutsättningarna att föra en aktiv prispolitik för att minska konsumtionen av alkohol och tobak eller att införa folkhälsopolitiskt motiverade restriktioner. En tydlig nationell folkhälsopolitik är också en förutsättning för att aktivt kunna driva frågor inom ramen för en framtida europeisk folkhälsopolitik.

Ytterst är det bara den enskilda människan som kan ta ansvar för sin egen hälsa. Samhällets roll är att skapa goda livsbetingelser för medborgarna och därmed erbjuda möjligheter att välja levnadsvanor som främjar en god hälsa. Samhället måste också bidra med kunskap så att individens val blir medvetna och väl underbyggda. Dagens samhälle är ett kunskaps- och informationsamhälle. Detta förhållande måste i ökad utsträckning utnyttjas i folkhälsoarbetet.

Mot denna bakgrund finner vi, vad avser de kommande årens folkhälsoarbete, det särskilt angeläget att betona och vidareutveckla det lokala deltagandet och engagemanget. Vidare bör kunskapen kring hälsofrågor fördjupas och få en vidare spridning samt samarbetet över sektorsgränserna utvecklas.

8.1.1 Lokalt folkhälsoarbete

Basen för folkhälsoarbetet måste i allt högre grad läggas på lokal nivå där program bör tas fram och insatser göras. Denna betoning av det lokala folkhälsoarbetet har successivt växt fram dels ur erfarenheter av praktiskt förändrings- och utvecklingsarbete på lokal, regional och nationell nivå, dels ur den folkhälsovetenskapliga forskningen.

I lokalt hälsoarbete framstår behovet av en tvärsektoriell samverkan som en självklarhet. Vardagslivets problem och möjligheter upplevs som en helhet snarare än som specifika sektoriella problem.

Teoretiska insikter och praktiska erfarenheter pekar alltså entydigt mot betydelsen av att vidareutveckla ett lokalt befolknings- och samhällsinriktat folkhälsoarbete som också möjliggör aktiv medborgarmedverkan. Det är av strategisk betydelse att inom ramen för det representativa demokratiska systemet öka medborgarnas möjligheter att utöva ett reellt inflytande också på olika beslut av betydelse för folkhälsan. Det hävdas ofta att hälsoarbetet måste byggas underifrån för att både demokrati- och kvalitetsaspekterna skall kunna tillgodoses. Vi delar denna bedömning.

I det lokala folkhälsoarbetet är folkrörelsernas engagemang centralt. Folkrörelserna har en lång tradition när det gäller att verka för en god hälsa och aktivt motverka hälsorisker t.ex. i arbetsmiljön eller i form av drogmissbruk. Genom den lokala förankringen och nära kontakten med den enskilda människan har folkrörelserna en unik möjlighet att engagera människor som annars är svåra att nå.

Förutsättningarna förbättras för en samlad primärkommunal folkhälso-politik genom den decentralisering som för närvarande sker bl.a. inom skola, miljövard och äldreomsorg. Den utveckling som sker mot mål- och resultatstyrning av kommunal verksamhet kräver konkreta mål och bättre uppföljningsinstrument som är anpassade till lokala behov och förutsättningar. I detta utvecklingsarbete bör även tydliga hälsomål för de olika verksamhetsgrenarna arbetas fram.

Landstingen har i hög grad medverkat i välfärdssamhällets utbyggnad. Den offentliga hälso- och sjukvården har en strategisk betydelse för ett effektivt folkhälsoarbete. Hälso- och sjukvårdslagen anger uttryckligen att verksamheten bl.a. skall inriktas mot att förebygga ohälsa.

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

Vi vill därför särskilt betona vikten av att de kunskaper kring hälso-risker och sjukdomar som finns inom hälso- och sjukvården i ökad utsträckning förmedlas till andra samhällssektorer, arbetsmarknadens parter, folkrörelser och till enskilda, dvs. till dem som direkt har möjlighet att vidtaga åtgärder som minskar hälsorisker och främjar en god hälsa.

Inom kommuner och landsting måste många sektorer och organisationer samarbeta om att göra en aktiv insats, t.ex. för att undanröja risker för olycksfall, för att ge hälsosamma matvanor en vidare utbredning eller för att skapa positiva uppväxtmiljöer för barn och ungdom. Detta samarbete över sektorsgränserna fungerar i vissa fall bra varvid samordnade insatser görs för att förbättra medborgarnas hälsa. Arbete i programform t.ex. kring vissa hälsorisker eller folksjukdomar har visat sig vara en framgångsrik metod såväl för att överbrygga sektorsgränser som för att nå ut till befolkningen. Ofta efterlyses dock politiskt stöd och tydliga mandat för en aktiv samverkan inom ramen för ett lokalt förankrat folkhälsoarbete.

Den nationella nivåns roll måste i stor utsträckning ses i förhållande till det lokala och regionala arbetets behov. Det är först i det perspektivet som betydelsen av stöd genom statliga beslut och verksamheter framstår tydligt. För många av de funktioner som är nödvändiga förutsättningar för det lokala arbetet gäller dock att de omfattas av ett statligt huvudansvar. Det gäller exempelvis författningsstöd, nationell registerhållning och statistik, forskning och viss metodutveckling, internationella kontakter samt viss erfarenhetsspridning inom landet. En nära och utökad samverkan mellan lokal, regional och nationell nivå är enligt vår mening en förutsättning för ett offensivt folkhälsoarbete.

Folkhälsoarbetet måste vila på en stabil vetenskaplig grund. Det gäller såväl sambanden mellan hälsorisker och folksjukdomar som metoderna i folkhälsoarbetet som sådant. I propositionen om forskning föreslogs det socialvetenskapliga forskningsrådet få ansvar för en långsiktig satsning på folkhälsovetenskaplig forskning. Den folkhälsovetenskapliga forskningen föreslogs också få kraftigt förstärkta resurser. Riksdagen godkände propositionens förslag (prop. 1989/90:90 (avsnitt 14), SoU 19, rskr. 333).

De resursförstärkningar som föreslås i denna proposition innebär att satsningarna på folkhälsovetenskapligt forsknings- och utvecklingsarbete ytterligare kan ökas.

Den vetenskapliga kunskapen om t.ex. hälsoläge, levnadsvanor och hälsorisker måste dock ofta ställas samman och bearbetas för att kunna användas i det praktiska folkhälsoarbetet. Det nationella folkhälsoinstitut som kommer att föreslås i det följande kommer att ha en central roll som förmedlare av kunskap från forskningen till det praktiska folkhälsoarbetet på lokal nivå.

Hälsopolitiska program

Behovet av att utarbeta hälsopolitiska program aktualiserades såväl i cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) som i utredningen Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90). Inom ramen för HS 90-utredningen utvecklades också underlag till hälsopolitiska program vad avser skador genom olycksfall (SoU 1984:42), hjärt- och kärlsjukdomar (SOU 1984:43) samt vissa hälsopolitiska aspekter på samhällsplaneringen (SOU 1984:44).

I 1985 års hälsopolitiska proposition (prop. 1984/85:181) anförde också föredragande statsråd som sin bedömning att "underlag till hälsopolitiska program för förebyggande insatser bör tas fram och revideras. HS 90:s och cancerkommitténs arbetsätt bör föras vidare. Underlag till hälsopolitiska program bör utarbetas på central nivå i nära samverkan mellan berörda myndigheter".

Erfarenheterna av denna typ av programarbete visar att detta är en mycket lämplig form för att stimulera och säkerställa såväl ett tvärsektorielt samarbete som samverkan mellan olika samhällsnivåer och med frivilliga organisationer.

Regeringen anser det väsentligt att denna typ av programarbete vidareutvecklas och intensifieras. Utifrån ett nationellt perspektiv innebär detta dels att ta fram vetenskapligt väl förankrat underlag för olika typer av folkhälsoprogram, dels att i ökad utsträckning stimulera och stödja processer och verksamheter i det lokala folkhälsoarbetet som bidrar till att folkhälsoprogrammets mål förverkligas.

Folkhälsoprogrammen kan och bör ha olika inriktning beroende på aktuella förutsättningar och målgrupper. De kan, förutom att inriktas mot specifika sjukdomar, riskfaktorer eller samhällssektorer, också fokuseras

på olika befolkningsgrupper som t.ex. barn och ungdomar, yrkesgrupper utsatta för speciella risker, utstötta och hemlösa eller invandrare. Programformen kan också vara lämplig när verksamheten primärt utgår från ett folkrörelseperspektiv. Ett aktuellt exempel är därvid Landsorganisations folkhälsoprogram "Rätten till hälsa".

Vi återkommer till dessa frågor i avsnittet om inrättandet av ett nationellt folkhälsoinstitut.

8.1.3 Samarbete över sektorsgränserna

Det tvärsektorielle samarbetet bör vidareutvecklas i flexibla och obyråkratiska former för att säkerställa nödvändig samordning och samarbete mellan olika sektorer. Denna samordning finns redan inom vissa sakområden och tycks under det senaste årtiondet ha förstärkts. Denna positiva utveckling bör stödjas.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har därvid viktiga uppgifter att klarlägga, analysera och förmedla kunskaper om sjukdomars, skadors och sociala missförhållandens omfattning, fördelning och orsaker. På nationell nivå åvilar detta ansvar att förmedla epidemiologiskt underlag främst socialstyrelsen. Vi återkommer i avsnitt 9 med vår syn på vidareutvecklingen av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen.

8.2 Hälsopolitiska mål och riktlinjer – generella utgångspunkter

Hälsoutvecklingen belyses vanligen endast i ett historiskt perspektiv. Konkreta mål för den framtida hälsoutvecklingen saknas ofta, liksom analyser av långsiktiga målkonflikter inom det hälsopolitiska området. Hälsopolitikens framtidsperspektiv blir därmed ofta mycket mer begränsat än inom andra för välfärden viktiga områden. Den ekonomiska politiken präglas t.ex. i hög grad av bedömningen av den framtida utvecklingen och av våra möjligheter att påverka denna utveckling. Miljöpolitiken är ett annat område där framtidsperspektiven ägnas stor uppmärksamhet och konkretiseras bl.a. i långsiktiga mål och analyser av målkonflikter. Regeringen finner det angeläget att på motsvarande sätt successivt söka tydliggöra möjliga – och önskvärda – utvecklingsalternativ vad avser folkhälsans utveckling.

Ett steg i denna riktning utgör de långsiktiga mål för hälsoutvecklingen som anges i WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa. Dessa mål – som även Sverige har antagit – är dock inte omedelbart förankrade i konkreta strategier och åtgärdsförslag. De får därigenom mer karaktär av rikt-punkter mot vilka den faktiska utvecklingen kan relateras.

Utöver dessa övergripande mål för den långsiktiga hälsoutvecklingen är det därför väsentligt att vidareutveckla en gemensam grundsyn för de myndigheter och andra organ som på nationell, regional och lokal nivå skall bidra till en positiv hälsoutveckling inom sina ansvarsområden.

Mot denna bakgrund finner regeringen det angeläget att aktualisera följande generella utgångspunkter och principer.

8.2.1 Hälsopolitiska mål

Specifika hälsopolitiska mål bör utarbetas för de myndigheter vars verksamhet är av avgörande betydelse för befolkningens möjligheter att leva ett hälsosamt liv. Vi finner det speciellt angeläget att sådana mål fastställs för de myndigheter och samhällssektorer som traditionellt haft ett mindre tydligt uttalat folkhälsoansvar, trots att de är av strategisk betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. Detta gäller t.ex. jordbruks- och livsmedelssektorn samt utbildningssektorn.

Vi finner det vidare mycket angeläget att folkhälsomålen inom miljöpolitiken vidareutvecklas.

De sektorspecifika folkhälsomålen bör även inkludera mål och riktlinjer som belyser respektive myndighets ansvar och möjligheter att minska de skillnader i hälsa som finns mellan könen och olika social- och yrkesgrupper. Regeringen finner det särskilt angeläget att denna typ av hälsopolitiska jämlikhetsmål utvecklas och anges för myndigheter med ansvar för boende och närmiljö, utbildning, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Utgångspunkter och vissa generella principer för hur folkhälsomålen kan vidareutvecklas inom olika samhällssektorer kommer att redovisas i det förslag till samlad folkhälsostrategi som regeringens folkhälso-grupp kommer att lägga fram i juni 1991. De specifika riktlinjerna för det fortsatta arbetet med att fastställa hälsopolitiska mål kommer successivt att aktualiseras dels inom ramen för det reguljära budgetarbetet, dels i direktiv till utredningar vars förslag kan förväntas bli av betydelse också ur ett folkhälsoperspektiv.

För att säkerställa att hälsoaspekter finns med innan beslut tas på olika områden, behöver beslutsunderlaget innehålla beskrivningar av hur olika alternativa förslag påverkar bl.a. hälsan. I propositionen En god livsmiljö (1990/91:90) har regeringen föreslagit lagändringar med krav på miljökonsekvensbeskrivningar. Dessa skall ge en samlad bedömning av en anläggnings, verksamhets eller åtgärds inverkan på miljön, hälsan och hushållningen med naturresurser.

Liknande bedömningar behövs också inom andra områden och beskrivningar av konsekvenserna för hälsan skall så långt det är möjligt ingå i underlaget till beslut som tas fram på myndighetsnivå och inom regeringkansliet. Metoderna för hälsorelaterade konsekvensbedömningar är emellertid relativt utvecklade inom många sektorer. Ett långsiktigt utvecklingsarbete är därför av stor betydelse för att på sikt kunna säkerställa att de hälsomässiga konsekvenserna av olika beslut och insatser kan belysas på ett tillfredsställande sätt. De metoder och synsätt som redan

utvecklats inom t.ex. trafiksäkerhetsområdet är en intressant och konkret illustration av hur hälsorelaterade konsekvensbeskrivningar kan användas vid bedömningen av olika handlingsalternativ.

8.3 Prioriterade grupper

Inom ramen för den generella folkhälsopolitiken bör – som tidigare betonats – speciellt uppmärksammas de utsatta gruppernas situation. Med hänsyn till att de största sociala och yrkesmässiga skillnaderna vanligen återfinns bland män har analyser av klasskillnader i ohälsa ofta i första hand fokuserats på folkhälsoproblem ur ett manligt perspektiv. Skillnaderna i hälsa mellan kvinnor och män liksom utvecklingen mot ökande sociala skillnader i ohälsa även bland kvinnor samt insikten om hälsans olika villkor bland barn och ungdom gör att vi finner det angeläget att ägna speciell uppmärksamhet åt kvinnor samt barn och ungdomar i 1990-talets folkhälsoarbete.

8.3.1 Barn och ungdom

Internationellt sett är hälsans villkor för barn och ungdomar i Sverige mycket goda. Spädbarnsdödligheten är bland de lägsta i världen. Detsamma gäller olycksfall bland barn både i trafiken och av andra orsaker. I båda fallen är det resultat av en långsiktig och medveten hälsopolitik och ett lokalt förankrat hälsoarbete inom ramen för en allmänt sett förbättrad välfärd.

Samtidigt framträder emellertid allt tydligare en mörkare bild av barns hälsa. Dessa förhållanden har speciellt analyserats inom ramen för folkhälsogrupperns arbete. Där har man bl.a. funnit att inom gruppen 4-åringar har 15 till 30 % betydande hälsoproblem. I skolåldern är motsvarande andel 25 till 35 %.

Bland de i ett barn- och ungdomsperspektiv största hälsoproblemen återfinns bl.a. allergi och annan överkänslighet som drabbar vart tredje skolbarn. De största hoten mot barns hälsa och välbefinnande ligger dock på det sociala planet och är nära relaterade till föräldrarnas levnadsvanor och livsvillkor. En rad studier har dokumenterat ett samband mellan en socialt underprivilegierad situation för familjen och en ökad risk för psykiska störningar hos barnen. Olycksfall och andra skador är också vanligare bland socialt underprivilegierade. En folkhälsopolitik som syftar till att förbättra hälsans villkor för barn och ungdomar måste därför också i hög grad inriktas mot familjen i dess helhet och därmed föräldrarnas livssituation.

I en speciell rapport till regeringens folkhälsogrupp aktualiseras också vad som betecknas som den nya sjukligheten bland barn. Termen utgör en samlande beteckning för bl.a. psykosomatiska lidanden, sociala störningar samt läs- och skrivsvårigheter. Dessa problem drabbar oftare barn från arbetarhem än andra barn. Enligt rapporten har problemen en så nära koppling till misslyckanden i skolan att det är rimligt att anta att den

avgörande faktorn inte är den sociala bakgrunden i sig, utan snarare att barn från arbetarhem har svårt att komma till sin rätt i dagens skola.

Samhällets insatser bör – vilket bl.a. framgår av lagstiftningen vad gäller socialtjänsten och skolan – speciellt uppmärksamma barn med särskilda behov. Dessa insatser via t.ex. förskola och skola ses ofta som en väg att i någon mån kompensera för de problem och brister som präglar utsatta barns familjesituation.

Verkligheten lever dock inte alltid upp till dessa ambitioner. Socialstyrelsens rapport "Den sociala snedfördelningen inom barnomsorgen" visar att de skillnader i daghemsmiljöer som finns mellan hög- och lågstatusområden snarare förstärker än tonar ner skillnader i barnens uppväxtvillkor. Motsvarande tendenser finns även i skolan. Barn från olika socialgrupper växer ofta upp – enligt socialstyrelsens rapport "Växa i välfärdsland" (1990:3) – i olika skolvärldar. Detta återspeglades, enligt rapporten, bl.a. i fler lärarbyten, mindre erfarna lärare, och att specialundervisningen räcker till färre av de lågpresterande i de s.k. lågstatusklasserna än i högstatusklasserna. I rapporten redovisas även en social skiktning vad gäller val av utbildning samt betygsnivå.

Mot bl.a. denna bakgrund anser regeringen att barn och ungdomar och då särskilt de som har eller riskerar att drabbas av ohälsa skall prioriteras i folkhälsoarbetet under de kommande åren.

De flesta av de samhällsinsatser som påverkar barns och ungdomars hälsa ligger inom kommunernas och landstingens ansvarsområde. Det gäller mödra- och barnhälsovården där det är viktigt att den höga kvalitet som uppnåtts i verksamheten bibehålls, och att utrymme skapas för att aktivt angripa "dagens" folkhälsoproblem bland barn och ungdom, problem som inte sällan är av psykosomatisk karaktär. Det gäller också barnomsorg och skola där den fysiska miljön ofta kan behöva förbättras och den sociala segregationen minskas liksom åtgärder kan behövas för att skapa förutsättningar för en aktiv och stimulerande fritid. För att samhällets insatser för att stödja de utsatta barnen och ungdomarna skall lyckas måste individen sättas i centrum. Ett barn- och ungdomsperspektiv behöver utvecklas när det gäller samhällets insatser. Vidare måste strävan vara att gränserna mellan de olika samhällssektorernas ansvarsområden överbryggas.

På nationell nivå bör ansvariga organ för barn- och ungdomsfrågor få i uppdrag att undersöka hur – inom ramen för en kärv samhällsekonomi – villkoren för en god hälsa hos barn och ungdom kan förbättras. Denna åtgärdsinriktade analys bör ej isoleras till specifika insatser för barn och ungdom utan även beakta behov av insatser för att stödja familjen i dess helhet.

Regeringen avser vidare att inom ramen för folkhälsoinstitutets verksamhet initiera ett speciellt program med inriktning mot barn och ungdom för att stödja i första hand lokalt utvecklingsarbete och därigenom bromsa de processer som ökar risken för ohälsa bland barn och ungdom från

socialt utsatta familjer. I detta sammanhang bör invandrar- och flyktingbarnens situation uppmärksammas särskilt.

Prop. 1990/91:175

8.3.2 Kvinnor

Sjukdomspanoramat för kvinnor och män är – som framgått tidigare – i många avseenden olika. Risken för tidig död är betydligt större bland män än bland kvinnor liksom klasskillnaderna i ohälsa. Detta återspeglar sig bl.a. i en betydligt längre förväntad medellivslängd vid födseln för kvinnor än för män (80,4 respektive 74,8 år).

Samtidigt är sjukligheten ofta högre bland kvinnor än män. Detta gäller speciellt psykisk ohälsa som oro, ångest och sömnsvårigheter liksom sjukdomar i rörelseorganen. Vissa kvinnogrupper, särskilt äldre "okvalificerade arbetare", utsätts också för en extremt hög risk för fysisk sjuklighet.

Kvinnornas sjukfrånvaro har under 1980-talet ökat mer än männens, även om hänsyn tas till förändringarna i åldersstruktur och förvärvsfrekvens. Detta beror framför allt på att de långa sjukskrivningarna – över ett halvt år – har ökat bland kvinnor.

Speciellt alarmerande är den mycket snabba ökningen av andelen kvinnor som förtidspensionerats på grund av sjukdomar i rörelseorganen. Andelen av dessa kvinnor har sedan 1970-talet varit högre än bland männen och har dessutom ökat under 1980-talet. För kvinnorna är denna ökning till och med så markant att den överskuggar den minskning som inträffat av förtidspensioneringarna till följd av andra sjukdomsorsaker. Den relativa frekvensen av förtidspensioneringar på grund av sjukdomar i rörelseorganen är nu nästan dubbelt så hög för kvinnor som för män. Det finns anledning att förmoda att detta beror på dåliga arbetsmiljöer – såväl fysiskt som psykiskt – både inom de traditionella kvinnoyrkena och inom den tidigare mansdominerade tillverkningsindustrin.

Som tidigare har beskrivits har kvinnor anammat ett manligt dryckesmönster. Den ökande alkoholkonsumtionen särskilt bland yngre kvinnor ökar risken för alkoholrelaterade skador också bland kvinnor. Även rökvaneutvecklingen bland kvinnor inger oro.

Dessa negativa utvecklingstendenser vad avser kvinnors hälsa har enligt vår bedömning inte uppmärksamats tillräckligt. De analyser av hälso-utvecklingen som gjorts i ett kvinnoperspektiv har ofta begränsats till specifika kvinnosjukdomar, psykisk ohälsa och läkemedelskonsumtion. Undersökningar av hälsans utveckling och fördelning ur ett kombinerat köns- och klassperspektiv är mycket begränsade.

Regeringen kommer i det följande att förorda att ett av folkhälsoinstitutets program inriktas mot utsatta kvinnor. Inom programmet bör dels en kartläggning göras av hälsa ur ett kvinnoperspektiv, dels strategiska insatser identifieras som i första hand kan förbättra hälsans villkor för de kvinnor som är utsatta för de största hälsoriskerna.

8.4 Alkohol och tobak

Alkohol- och tobakskonsumtionens negativa påverkan på hälsan och kraftigt bidragande orsak till uppkomsten av flera av de stora folksjukdomarna har redovisats i de tidigare avsnitten. Ett fortsatt aktivt och intensifierat arbete måste således, enligt regeringens mening, bedrivas på alla samhällsnivåer för att minska konsumtionen såväl av alkohol som av tobak.

På nationell nivå satsas betydande resurser för att genom forsknings- och utvecklingsarbete ytterligare klarlägga dels sambanden mellan alkohol- och tobakskonsumtion och ohälsa, dels hur olika riskfaktorer samvarierar. Forskning inom dessa områden bör ges en fortsatt hög prioritet.

I syfte att minska konsumtionen av alkohol och tobak används flera olika medel, såsom bl. a. lagstiftning, tillsyn och uppföljning, prissättning, information och opinionsbildning.

Enligt vad som fastlades i 1977 års alkoholpolitiska beslut skall alkoholpriserna följa den allmänna prisutvecklingen. En sådan anpassning har också skett genom successiva höjningar av alkoholskatten. Någon motsvarande uttalande koppling mellan priset på tobak och den allmänna prisutvecklingen finns inte men även här har en fortlöpande anpassning skett genom höjningar av tobaksskatten. Såväl alkohol- som tobaksskatten höjdes senast i maj 1990.

Regeringen anser, bl. a. med hänsyn till de krav på låga löneökningar och stabila priser som finanspolitiken ställer, att det inte nu finns tillräckliga skäl att föreslå en ytterligare höjning av alkohol- och tobaksskatten. Genom de höjningar som gjordes för knappt ett år sedan följer priset på alkohol och tobak i huvudsak den allmänna prisutvecklingen. Sambandet mellan prissättningen på tobak och alkohol och konsumtionen bör dock noga följas, inte minst vad gäller tobak där vissa studier pekar på att ungdomar är mer känsliga för priset än vuxna. Vi anser att prissättningen även fortsättningsvis skall utgöra en aktiv del av den samlade folkhälsopolitiken.

Genom de ytterligare medel som vi i det följande kommer att föreslå bli avsatta för folkhälsoarbete kommer information och opinionsbildande arbete vad avser alkohol och tobak att ytterligare intensifieras.

8.4.1 Alkohol

Sverige har en lång alkoholpolitisk tradition. Ett viktigt inslag i denna tradition har varit att på olika sätt begränsa tillgången på alkohol. Det har skett genom en aktiv prispolitik, genom att det privata vinstintresset i alkoholhanteringen har begränsats och genom att handeln med alkohol-drycker har omgärdats av en rad restriktioner.

Det restriktionssystem som kringgärdar alkoholhanteringen i vårt land innebär vissa inskränkningar i människors handlingsfrihet. För att de skall vara verkningsfulla krävs det därför att det finns en bred uppslutning

bakom dem. Regeringens bedömning är att det finns en sådan uppslutning bakom det alkoholpolitiska systemet.

Det är regeringens åsikt att sådana styrmedel även fortsättningsvis kommer att vara av stor betydelse för att minska alkoholkonsumtionen, inte minst i förhållande till ungdomar. Ytterligare insatser krävs dock också. Det gäller främst det förebyggande arbetet.

Regeringen anser emellertid att det alkoholförebyggande arbetet i framtiden bör utgå från ett mer uttalat folkhälsoperspektiv. Det innebär att de traditionella alkoholpolitiska styrmedlen kompletteras med åtgärder som inte enbart syftar till att förändra dryckesvanorna, utan som har en vidare koppling till livsvillkoren i stort och människors möjligheter att välja levnadsvanor som befrämjar god hälsa. I korthet innebär det att det alkoholförebyggande arbetet sätts in i ett vidare sammanhang, där information, upplysning och socialt nätverksarbete får en mer framträdande roll.

Detta blir möjligt genom den satsning på en medveten folkhälsopolitik som regeringen föreslår i det följande. I det föreslagna folkhälsoinstitutets verksamhet kommer ett särskilt alkohol- och narkotikapreventivt program att ingå som en permanent och betydande del. Härigenom kan de alkoholförebyggande insatserna ges en större tyngd och en effektivare samordning.

8.4.2 Tobak

Från folkhälsosynpunkt är tobakskonsumtionen fortfarande oroande hög, trots att ansträngningar gjorts för att minska denna. Regeringen anser därför att det finns anledning att vidta ytterligare åtgärder för att motverka det utbredda bruket av tobak. Sådana åtgärder måste vidtas på olika plan.

Flera studier har visat att rökning är vanligare bland lågutbildade och låginkomsttagare än inom högre socialgrupper. En förklaring till detta kan vara att dessa gruppers livssituation är mera ansträngd och att de därigenom har mindre möjlighet att välja levnadsvanor som främjar en god hälsa. Åtgärder för att förbättra dessa gruppers livssituation generellt är ett viktigt led i den allmänna välfärdspolitiken.

För att mera direkt angripa bruket av tobak bör, som kommer att redovisas i kapitel 11, en särskild lagstiftning vad gäller tobak införas. I denna bör tas upp bestämmelser om rökfria miljöer, t.ex. där barn och ungdom ofta vistas, på arbetsplatser, vårdinrättningar och lokaler för gemensamt bruk. Reklam för tobaksvaror bör förbjudas främst i syfte att inte ungdomar skall lockas att börja röka eller snusa.

Genom de ökade satsningar på folkhälsoarbete som regeringen föreslår inom ramen för ett nyinrättat folkhälsoinstitut kommer vidare bl.a. informationen om tobakens skadeverkningar att kunna förstärkas högst betydligt.

Regeringens förslag: Ett statligt folkhälsoinstitut skall inrättas den 1 januari 1992 med huvuduppgift att på nationell nivå driva folkhälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. För budgetåret 1991/92 föreslås att 47,5 milj. kr. anvisas för att finansiera institutets verksamhet. Förslag läggs också fram om riktlinjer för resursförstärkningar under perioden 1992/93–1994/95.

9.1 Samordning och effektivare utnyttjande av samhällets resurser för folkhälsa

Den beskrivning av folkhälsans utveckling som lämnats i de tidigare avsnitten visar att folkhälsans genomsnittliga utveckling i befolkningen är positiv. Detta gäller oavsett om man mäter ohälsan som dödlighet, sjuklighet, symptom eller exponering för olika risker. Samtidigt kan emellertid konstateras att många människor fortfarande drabbas av onödigt lidande och alltför tidig död till följd av sjukdomar som i princip kan förebyggas. Detta gäller speciellt de social- och yrkesgrupper som erfar de största riskerna att drabbas av olika sjukdomar, eftersom deras överrisk i hög grad beror på faktorer som kan påverkas och är relaterade till ur hälsosynpunkt ogynnsamma livsvillkor och levnadsvanor. Klasskillnaderna i ohälsa kan därför också ses som en indikation på folkhälsoarbetets potentiella möjligheter.

De reella möjligheterna att genom en medveten folkhälsopolitik främja hälsa och förebygga ohälsa är också väl dokumenterade. Detta gäller inte minst insatser som gjorts för att förbättra arbets- och trafikmiljöer.

Det finns dock samtidigt en ökad insikt om behoven av en bättre samordning av folkhälsoarbetet såväl mellan olika samhällssektorer som mellan insatser som riktats mot individer och samhälle. Detta återspeglas också både i det utvecklingsarbete som bedrivits under senare år kring folkhälsoarbetets metoder och i en förändrad inriktning av det konkreta arbetet på fältet. Tyngdpunkten har förskjutits från massmedialt präglade, landsomfattande kampanjer till samverkan och mobilisering i lokalsamhället, över myndigheternas sektorsgränser och i samarbete med folk rörelser och föreningsliv. Ofta bedrivs verksamheten i programform. Ett framträdande exempel i Sverige är arbetet med att förebygga olycksfalls-skador. Man har till exempel i Falköping genom en genomtänkt men inte särskilt resurskrävande samhällsinsats fått igång ett förebyggande arbete som engagerar både allmänheten, Skaraborgs läns landsting och den kommunala förvaltningen, liksom olika fristående organisationer. En utvärdering har visat att skadefrekvensen har sänkts med 30 % trots att

Falköping redan tidigare låg på en låg nivå. Metoden sprids nu till andra kommuner och landsting via ett nationellt program som socialstyrelsen genomför i samverkan med andra aktörer.

Liknande arbetssätt prövas för närvarande i olika lokala och regionala projekt vars syfte t.ex. är att påverka kost- och tobaksvanorna för att minska hjärt-, kärl- och cancersjukligheten. Det finns även motsvarande projekt som inriktas på alkoholvanorna. Inspirationen kommer från internationell folkhälsovetenskaplig forskning och metodutveckling.

Samhällslivets tilltagande internationalisering och inte minst strävandena till samordning i ett Europaperspektiv ställer krav på förnyelse av folkhälsoarbetet. De traditionella hälsopolitiska instrumenten med restriktiv tillgång på t.ex. alkohol och en aktiv prispolitik kan i framtiden i högre grad behöva kompletteras med ett vitaliserat och lokalt folkhälsoarbete.

Programarbete som arbetsmetod har visat sig vara en mycket lämplig form för att stimulera och säkerställa såväl ett tvärspektoriellt samarbete som samverkan mellan olika samhällsnivåer och med deltagande av frivilliga organisationer. Regeringen anser det väsentligt att denna typ av arbete vidareutvecklas och intensifieras. Utifrån ett nationellt perspektiv innebär detta dels att ta fram vetenskapligt väl förankrat underlag för olika typer av folkhälsoproblem, dels att i ökad utsträckning stödja och stimulera processer och verksamheter i det lokala folkhälsoarbetet.

Ett nationellt stöd till olika lokala folkhälsoprogram förutsätter ofta ett tvärspektoriellt perspektiv som inte primärt utgår från en viss sektor och som är fristående från de myndigheter som har att utöva en aktiv uppföljning och tillsyn. Regeringen föreslår därför att ett nationellt folkhälsoinstitut inrättas med uppgift att på nationell nivå – i nära samarbete med berörda myndigheter, lokala organ och folkrörelser – utveckla, stimulera och stödja olika typer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Genom att inrätta ett folkhälsoinstitut anser regeringen att grundförutsättningarna för samspelet mellan de offentliga verksamheterna, organisationer och enskilda människor avsevärt förbättras.

Den samordnande roll som institutet föreslås få skapar en tydligare uppgiftsfördelning mellan olika aktörer och nivåer och ökar förutsättningarna för ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser. Institutet bör dessutom få ett särskilt ansvar för att bidra till en hög vetenskaplig kvalitet på det underlag som folkhälsoarbetet skall bygga på.

9.2.1 Uppgifter

Folkhälsoinstitutets huvuduppgift skall vara att på nationell nivå driva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. En viktig uppgift blir därvid att sprida kunskaper om det moderna folkhälsoarbetets metoder till berörda instanser och att initiera försöksverksamhet.

En annan uppgift blir att utveckla ett tvärsektoriellt samarbete med myndigheter på den nationella nivån, för att bl.a. göra det möjligt att påverka strukturella förhållanden av betydelse i det lokala folkhälsoarbetet.

Folkhälsoinstitutet skall omsätta hälsopolitiska initiativ till programarbete. Inom ramen för de olika programmen skall institutet producera, ställa samman och sprida kunskap. Vad gäller kunskapsspridningen skall denna ske i nära samarbete med och genom frivilliga organisationer, arbetsmarknadens parter, kommuner och landsting m.fl.

I institutets arbete bör huvudinriktningen vara att nå de särskilt utsatta grupperna i samhället och att minska hälsans ojämlika fördelning genom att vidta åtgärder för att förbättra deras situation.

Alkoholfrågorna kommer att spela en väsentlig roll i institutets arbete.

Institutet bör åläggas ett särskilt ansvar för att bidra till att det förebyggande folkhälsoarbetet bygger på vetenskapligt väl förankrat underlag. Detta säkerställs genom att institutet följer och utvärderar aktuell forskning och utveckling inom området, initierar vissa forsknings- och utvecklingsprojekt inom de olika programmen samt bedriver visst eget forsknings- och utvecklingsarbete. Den egna forskningsverksamheten, som bör vara en mindre del av institutets verksamhet, bör inriktas mot – förändringsprocessen i folkhälsoarbetet – hur tillgänglig kunskap om ohälsans omfattning, fördelning och orsaker kan omsättas i konkreta åtgärder och program,

- metodik i lokalt förebyggande arbete,
- tvärvetenskapliga analyser av orsaker till ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning,
- makroanalyser av hälsans och ohälsans bestämningsfaktorer som syftar till ökad förståelse för de krafter som påverkar hälsoutvecklingen samt
- hälsoekonomiska och välfärdspolitiska analyser för att klarlägga potentiella hälsoeffekter av t.ex. olika ekonomiska strategier och generella välfärdspolitiska insatser.

Vad gäller att ställa samman och sprida kunskap är det en viktig uppgift att överföra resultat från forsknings- och utvecklingsverksamhet till praktisk tillämpning samt att förmedla kontakter mellan forskare och praktiker. Institutet skall också förse politiker, myndigheter, organisationer m.fl. med planerings- och diskussionsunderlag i folkhälsofrågor samt utgöra en informationskälla till massmedia.

Det statliga stöd som utgår till hälso-, alkohol- och drogupplysning bör i större utsträckning än i dag kunna kopplas till de olika folkhälsoprogram som föreslås bedrivas. Genom att lägga ansvaret för dessa bidrag på folkhälsoinstitutet bör denna utveckling kunna komma till stånd.

Institutet bör sätta upp tydliga mål för bidragen samt svara för att det sker en kontinuerlig uppföljning och utvärdering i enlighet med vad regeringen tidigare uttalat om nya principer för det totala statliga stödet till folkrörelserna.

Folkhälsoinstitutet skall inte ha något tillsynsansvar, utan detta åvilar liksom hittills respektive sektorsmyndighet.

Regeringen kommer senare att tillkalla en särskild organisationskommitté, vars uppgift blir att i samverkan med berörda myndigheter, organisationer m.fl. förbereda inrättandet av institutet. Kommittén skall närmare precisera folkhälsoinstitutets uppgifter, arbetsformer och organisation samt lägga förslag om alternativa lokaliseringar. Arbetet bör bedrivas skyndsamt så att vissa av institutets program skall kunna starta redan den 1 januari 1992. Målsättningen är att institutet skall kunna verka med full kraft från och med budgetåret 1992/93.

9.2.2 Särskilda program

Det programarbete som initieras och drivs av folkhälsoinstitutet kan och bör kunna ha olika inriktning beroende på aktuella förutsättningar och målgrupper vilket innebär att programmen kan skifta från en tid till en annan. Programmen kan formuleras efter flera olika dimensioner, exempelvis som program mot folksjukdomar, mot olika riskexponeringar eller för att stödja särskilt utsatta grupper. Programmen kan vara dels permanenta, dels tidsbegränsade, och skall utgå från tydliga målformuleringar. Utifrån nu kända förhållanden och erfarenheter bör institutet inledningsvis starta med program om alkohol och droger, tobak, olycksfallskador samt program mot särskilda grupper – till att börja med barn och ungdom samt utsatta kvinnor.

Program om alkohol och droger

Statens insatser inom droginformation och annan drogförebyggande verksamhet är splittrade på olika huvudmän. Genom att sammanföra dessa verksamheter till ett särskilt program inom folkhälsoinstitutet ger man förutsättningar för att samhällets drogförebyggande verksamhet skall bli effektivare. De verksamheter som berörs av samordningen är socialstyrelsens alkohol- och droginformation samt projekt- och organisationsstöd till organisationslivet, statens ungdomsråds stöd till ungdomsorganisationernas droginformation, Systembolagets riskinformation och Centralförbundets för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN) verksamheter.

Folkhälsoinstitutet föreslås få huvudansvaret för att samordna samhällets informationsinsatser och opinionsbildande verksamhet.

En huvuduppgift blir att ta fram och tillhandahålla basfakta inom alkohol- och drogområdet för olika avnämnares behov, bl.a. organisationslivet, kommuner, landsting och arbetsplatser. Detta talar för att även CANs organisationsservice och upplysningsarbete bör föras samman med institutets verksamhet.

Inom programmets ram ingår även att utarbeta material som kan användas av skolor, organisationer, fritidsgårdar m.fl. i deras förebyggande arbete. En tidskrift motsvarande CANs Alkohol och Narkotika bör ges ut.

Systembolagets butiker skall även fortsättningsvis tillhandahålla broschyrer och annat informationsmaterial som behandlar alkoholens verkningar och de risker som är förknippade med alkoholkonsumtion. Detta material bör i sin helhet fortsättningsvis tas fram av folkhälsoinstitutet varvid Systembolagets roll blir mer renodlad.

Genom att stödja drogförebyggande verksamhet skall bl.a. arbetsmarknadens organisationer och olika arbetsplatser stimuleras att utveckla det drogförebyggande arbetet i arbetslivet. Vidare bör man stödja insatser för att anordna drogfria nöjesalternativ.

En del i programmet bör vara att initiera forskning och andra undersökningar av olika befolkningsgruppers kunskaper, attityder och beteende i förhållande till alkohol och andra droger. Forsknings- och utvecklingsarbetet skall också kunna ge underlag för att bedöma huruvida målen för verksamheten uppnås och för att utveckla metoder inom alkohol- och drogprevention. Alkohol- och drogprogrammet, som kommer att bli institutets mest omfattande program, bör påbörjas den 1 januari 1992.

Den tidigare nämnda organisationskommittén bör få i uppgift att vidareutveckla ett förebyggande alkohol- och drogprogram utifrån den inriktning som presenteras i propositionen. En annan utgångspunkt för detta program bör vara den särskilda satsning på droginformation till ungdom som f.n. bedrivs av Athena-gruppen (Aktion mot alkohol och droger). En uppföljning av gruppens arbete bör därför göras inom ramen för kommitténs arbete. Detta kan lämpligen ske genom att sekretariatet för Athena knyts till organisationskommittén.

Program om tobak

Tobaksprogrammet bör i likhet med alkohol- och drogprogrammet vara ett permanent program. Folkhälsoinstitutets roll blir även här att vara kunskapsbank, att följa utvecklingen nationellt och internationellt, sprida kunskap och metoder samt vara opinionsbildare.

Programmet bör inriktas mot olika åldersgrupper, varav barn och ungdom är den viktigaste gruppen. Denna del av programmet bör vara inriktad på att ungdomar över huvud taget inte skall börja röka eller snusa. Stöd till skolornas förebyggande arbete bör få hög prioritet.

För vuxna skall arbetet i första hand inriktas mot vissa grupper, t.ex. kvinnor med kort utbildning, småbarnsföräldrar och vissa yrkesgrupper. Framför allt är det viktigt att personer som arbetar i luftförorenade

miljöer inte röker. Särskilda insatser bör riktas till grupper som röker mycket, t.ex. i form av stöd till rökavvänjning.

Institutet bör stödja viss forskning. När det gäller medicinsk forskning, t.ex. om samband mellan rökning och olika sjukdomar, har mycket gjorts och särskilda initiativ behövs knappast. Däremot finns det behov av beteendepidemiologisk forskning på området – varför grupper av exempelvis ungdomar börjar röka eller snusa och fortsätter trots kunskap om de stora hälsoriskerna.

Program om skador

För att uppnå det av samhället uppställda 25-procentsmålet för minskning av antalet skador och dessutom minska klasskillnaderna i skademönstret är det lämpligt att inrätta ett skadeprogram inom folkhälsoinstitutets ram. Skadeprogrammet bör bygga på och utveckla det förebyggande program som socialstyrelsen f.n. bedriver i samverkan mellan berörda myndigheter och organisationer på nationell nivå. Erfarenheterna från detta arbete visar på behovet av fördjupade tvärspektoriella insatser. Institutet bör utgöra ett centrum för utveckling av nationella olycksfallsförebyggande program som bl.a. skall omfatta information och rekommendationer när det gäller risker i hemmet och dess omgivning samt utveckling och spridning av modeller och metoder för det lokala skyddsarbetet. En annan uppgift för institutet bör vara att särskilt uppmärksamma brister i forskning och undervisning vad gäller skadeprevention. På sikt bör programmet även innefatta våldsrelaterade skador då dessa helt saknar organisatorisk förankring när det gäller förebyggande arbete.

Program inriktade mot särskilda grupper

Folkhälsoinstitutet bör på motsvarande sätt upprätta särskilda program som inriktar sig på barn och ungdom respektive utsatta kvinnor.

De svenska barnen är i ett internationellt perspektiv – men också i ett historiskt svenskt – friska och har det bra. Hälsans villkor för barn i Sverige är dock mycket olika. Det finns många barn som lever i en utsatt situation och som mår – fysiskt och psykiskt – dåligt. Goda uppväxtvillkor för alla barn och ungdomar bör dock inte vara något ouppnåeligt mål för ett välfärdssamhälle.

Utsatta familjers villkor måste förbättras och ett tidigt stöd ges till dessa föräldrar. Samhällets i dag delvis splittrade resurser för barn och ungdom bör samordnas mera. Detta bör särskilt gälla insatser för utsatta barn och ungdomar. Förebyggande insatser genom information och goda förebilder behövs för att stödja ungdomar att utveckla goda vanor och beteende vad gäller alkohol, tobak, sex och samlevnad m.m. Dessa insatser bör utgöra en viktig del av institutets program för barn och ungdom.

Kvinnors ofta underordnade ställning, sämre ekonomi, dåliga arbetsförhållanden och längre totala arbetstid, i förening med huvudansvaret för hem och barn, skapar speciella och ogynnsamma villkor för kvinnors

hälsa. Arbetarklassens kvinnor är därvid särskilt utsatta och har den sämsta hälsan av alla i samhället. Det gäller hälsan totalt sett och i synnerhet sjukdomar i rörelseorganen. Våld mot kvinnor är också ett stort problem. För att förbättra de utsatta kvinnornas hälsa måste levnadsvillkoren förbättras. Detta kan bland annat ske genom bättre arbetsförhållanden och en rättvisare uppdelning av hemarbetet mellan män och kvinnor, ett ökat inflytande för kvinnorna i samhället, och ett aktivt bekämpande av våld och annat könsförtryck mot kvinnor.

Även programmen med inriktning på barn och ungdom och utsatta kvinnor bör byggas upp kring kunskapsproduktion, kunskapssammanställningar och en aktiv kunskapspridning. Det är av stor vikt att folkrörelser och lokalsamhället i övrigt engageras i arbetet, t.ex. i olika typer av lokala utvecklingsprojekt.

Utöver att driva egna huvudprogram bör institutets kompetens kunna utnyttjas inom ramen för olika program som drivs av andra myndigheter och organisationer, mot folksjukdomar eller mot olika riskexponeringar m.m. Folkhälsoinstitutet bör också biträda vid utarbetandet av socialstyrelsens folkhälsorapporter.

9.2.3 Organisation

Folkhälsoinstitutet, som bör vara en självständig myndighet under regeringen, bör ledas av en styrelse. Styrelsen, som måste ges en bred samhällsrepresentation, bestämmer institutets inriktning och deltar i den övergripande planeringen.

Till de olika programmen bör särskilda programråd utses. Till alkohol- och drogprogrammet är det lämpligt att till institutet knyta ett råd med representanter för folkrörelser och organisationer som skall ha inflytande på verksamhetens inriktning och policy. Det särskilda alkohol- och narkotikapolitiska rådet (AN-rådet) som är knutet till socialstyrelsen kan därmed upphöra.

Den fasta basorganisationen bör bestå av ett antal enheter med olika metod- och sakkompetens. Dessa enheter bör ledas av personer som har en vetenskaplig förankring. För de olika programmen bör särskilda programansvariga utses. Den fasta organisationen bör vara liten och flexibel. Vid sidan om den fasta organisationen skall det inom ramen för de olika programmen finnas möjlighet till projektanställningar.

Med tanke på institutets roll som kunskapsförmedlare måste organisationen ha en hög kapacitet att popularisera och sprida vetenskapliga rön av strategisk betydelse för ett praktiskt inriktat folkhälsoarbete. Inom institutet bör även någon form av biblioteks- och informationscentral byggas upp.

Många myndigheter och organisationer deltar, som tidigare redovisats, på olika sätt aktivt i det samlade folkhälsoarbetet. Det blir organisationskommitténs uppgift att finna de närmare formerna för hur ett smidigt och fruktbart samarbete mellan folkhälsoinstitutet och andra aktörer skall utvecklas. I detta sammanhang bör organisationskommittén även pröva hur den hälsopolitiska gruppen, Folkhälsogruppen, som i dag är knuten till hälso- och sjukvårdsberedningen, skall samverka med folkhälsoinstitutet. Här lämnas mycket kortfattat regeringens syn på folkhälsoinstitutets relation till några andra viktiga aktörer inom hälsopolitiken.

9.3.1 Socialstyrelsen

Vissa av de uppgifter som föreslås ligga på folkhälsoinstitutet utförs idag av socialstyrelsen. Det gäller bland annat det samlade centrala ansvaret för statlig droginformation och fördelningen av statsbidrag till organisationer för olika informations- eller andra förebyggande insatser. Socialstyrelsen har enligt bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ett tillsynsansvar för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta innebär bl.a. ett ansvar för att främja folkhälsan och att förebygga sjukdom, skador och sociala missförhållanden. Mot denna bakgrund har socialstyrelsen åtagit sig ett "aktivt värdskap" för vissa tvärsektoriellt förebyggande arbeten som nu får sin naturliga hemvist i folkhälsoinstitutet. Som exempel kan nämnas det olycksfallsskadeprogram som presenterats tidigare.

Socialstyrelsen skall dock även fortsättningsvis ha ansvaret för olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom sin sektor liksom för den fortsatta uppbygganden av nationella skadeklassifikations- och registreringssystem baserade på uppgifter från sjukhus, vårdcentraler och enheter inom socialtjänsten m. fl.

Socialstyrelsen håller på att upprätta ett epidemiologiskt centrum med uppgift att på nationell nivå följa, analysera och rapportera om hur folkhälsoproblem, sjukdomar och sociala problem utvecklas samt om hur deras riskfaktorer är utbredda i olika befolkningsgrupper. Detta innebär bl.a. att ha ansvar för ett antal epidemiologiska register, ha god kunskap om registren vid andra myndigheter och organ och deras användbarhet samt utveckla och lämna förslag till nya register om sådana behövs. Vid det epidemiologiska centrumet skall man vidare ställa samman epidemiologisk information i syfte att sprida kunskap om hälsoproblem – dvs. sjukdomar, skador och sociala missförhållanden – och deras utbredning inom olika samhälls- och befolkningsgrupper liksom om bakomliggande riskfaktorer. Centrala avnämare för centrumets verksamhet bör, förutom socialstyrelsen, främst vara forskningsinstitutioner, andra myndigheter, folkhälsoinstitutet, kommuner och landsting samt vissa organisationer.

Socialstyrelsens uppgift inom folkhälsoarbetet blir, för det första, att utveckla den sektorsspecifika kompetensen inom folkhälsoområdet. Detta

gäller bl.a. att tidigt upptäcka ohälsa och sociala missförhållanden och att initiera adekvata åtgärder mot dessa brister. Till detta kommer att utveckla primärpreventiva insatser inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ram.

För det andra har socialstyrelsen en viktig roll i folkhälsoarbetet genom den tillsyn, uppföljning och utvärdering som skall vara en central del i socialstyrelsens nya arbets sätt. Detta utvecklas för närvarande särskilt inom ramen för den aktiva uppföljning som genomförs i Skåne under våren 1991. En viktig funktion är den aktiva uppföljningen av folkhälsoarbetet inom såväl hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten. Socialstyrelsens inriktning i detta avseende är att medverka till att säkra kvalitet och målinriktning i folkhälsoarbetet.

För det tredje utvärderar socialstyrelsen folkhälsoläget i den folkhälso-rapport som utarbetas vart tredje år på regeringens uppdrag. Denna utvärdering kommer att breddas till att omfatta hela den sociala sektorn och därigenom skapas möjlighet att belysa även socialt arbete och dess resultat. Folkhälsorapporteringen bör bygga vidare på den kompetens som utvecklats inom styrelsen. Med tanke på folkhälsorapportens delvis sektorsövergripande karaktär bör arbetet bedrivas i nära samarbete med folkhälsoinstitutet, berörda myndigheter och organisationer.

9.3.2 Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysning (CAN)

CAN är en fristående organisation, som finansieras via statsbidrag. Förbundet har till uppgift att förmedla basfakta samt följa och informera om förändringar på drogområdet. Det har även det samlade ansvaret för att följa drogutvecklingen och därvid bl.a. genomföra årliga undersökningar av skolorungdomens drogvanor. Inom CAN finns en informations- och dokumentationscentral med en databaserad informationstjänst som består av referenser och sammanfattningar av litteratur för forskning och undervisning inom området alkohol- och narkotikamissbruk.

Genom att sammanföra CANs och folkhälsoinstitutets verksamheter skapas en viktig kunskapsbas för det föreslagna alkohol- och drogprogrammet. CANs informations- och dokumentationscentral tillsammans med CANs bibliotek skulle dessutom utgöra en värdefull bas för en utbyggd biblioteks- och informationscentral inom institutet.

Tidigare har föreslagits att ett särskilt programråd med representanter för folkrörelser och organisationer bör knytas till alkohol- och drogprogrammet. Ett sådant råd, som skall ha inflytande på verksamhetens inriktning och policy, kommer därmed att överta den betydelsefulla roll som tidigare legat på CAN.

9.3.3 Universitet och forskningsråd

Avgörande för folkhälsoinstitutets möjlighet att framgångsrikt fullgöra sina uppgifter är en hög professionell kompetens och en vetenskaplig förankring. En sådan förankring kan ske enligt olika huvudmodeller.

Regeringen kommer, som nämnts tidigare, att tillkalla en särskild organisationskommitté. Denna bör få i uppgift att ge förslag på hur den vetenskapliga förankringen skall kunna åstadkommas.

Förutom för tillämpad forskning och utvecklingsarbete som initieras eller drivs av folkhälsoinstitutet, bör viss del av programbudgetarna avsättas för grundforskning. För att upprätthålla en kvalificerad vetenskaplig prövning vid resurstilldelningen bör dessa medel överföras till berörda forskningsråd, främst det socialvetenskapliga forskningsrådet som enligt propositionen (1989/90:90) om forskning har det långsiktiga ansvaret för satsningen på folkhälsovetenskaplig forskning, som ansvarar för bedömning och beslutar om bidrag till olika forskningsprojekt.

Institutet för miljömedicin (IMM) är en särskild inrättning vid Karolinska institutet med uppgifter inom den fysikaliska och kemiska miljömedicinen som an knyter till folkhälsofrågor. Organisationskommittén för folkhälsoarbetet bör vid sina överväganden även belysa förhållandet mellan IMM och det föreslagna folkhälsoinstitutet.

9.4 Finansiering och anslagsfrågor

Regeringen föreslår att resurser som i dag satsas på förebyggande folkhälsoarbete, dvs. anslagsmedel om 85,8 milj. kr. och medel för riskinformation från Systembolaget om 15 milj. kr., överförs till folkhälsoinstitutet. Det sistnämnda kan ske genom att institutet tillförs 15 milj.kr. i anslagsmedel medan Systembolaget upphör med motsvarande verksamhet. Därutöver föreslås utökat statligt stöd till folkhälsoprogramarbete om 32,5 milj. kr. för budgetåret 1991/92 och därefter 20,0 milj. kr. under vartdera av budgetåren 1993/94 och 1994/95. Av det utökade stödet 1991/92 avser 10 milj.kr. ett särskilt stöd till alkohol- och drogprogrammet. Den samlade statliga satsningen på det förebyggande folkhälsoarbetet enligt regeringens förslag uppgår därmed till drygt 170 milj. kronor för budgetåret 1994/95.

Regeringen föreslår således en successiv uppbyggnad av folkhälsoinstitutet och beräknar ett anslag på 47,5 milj.kr. för institutet för budgetåret 1991/92. Dessa medel bör anvisas på ett under femte huvudtiteln nyuppfört reservationsanslag, benämnt statens folkhälsoinstitut. För budgetåret 1992/93 beräknar regeringen en ökning med 85,8 milj.kr. genom att anslagsmedel överförs i samband med att uppgifter flyttas från socialstyrelsen, statens ungdomsråd och Centralförbundet för alkohol- och narkotika. Dessutom omfattar den samlade satsningen på det förebyggande folkhälsoarbetet ett utökat statligt stöd om 20 milj.kr. under vartdera av budgetåren 1993/94 och 1994/95.

Kontakter har dessutom tagits med externa finansiärer, varvid ett femårigt stöd om 10 milj.kr. per år till folkhälsoarbetet har ställts i utsikt från bryggerinäringsen. Dessa medel bör avsättas till en särskild fond som disponeras av folkhälsoinstitutet. Till denna fond bör även andra externa intressenter, t.ex. försäkringsbolag, vissa företag och organisationer, uppmanas att lämna bidrag.

10.1 Inledning

Överkonsumtion och missbruk av alkohol för med sig omfattande sociala och medicinska problem. Alkoholmissbruk medverkar till social utslagning, problem på arbetsmarknaden och i familjen. Missbruket har en stark koppling till våld och andra former av brott, ligger bakom en lång rad olyckor och sjukdomar samt orsakar för tidig död. Uppskattningsvis 300 000 svenskar har en så hög alkoholkonsumtion att det påverkar deras arbete, familjeliv och hälsa.

Samhällets kostnader i form av exempelvis socialtjänst, hälso- och sjukvård, produktionsbortfall och rehabilitering är mycket höga. Det psykiska, sociala och ekonomiska lidande som drabbar enskilda och deras anhöriga går knappast att mäta.

Försäljningen av alkoholdrycker minskade med ca 22 % mellan åren 1976 och 1984. Därefter ökade försäljningen fram till år 1989. Av olika rapporter framkommer att alkoholdrycker blivit mer tillgängliga för ungdomar och att många restauranger i praktiken endast i mycket begränsad omfattning serverar mat och i stället i huvudsak är inriktade på servering av alkohol.

Under år 1990 minskade försäljningen av alkoholdrycker med 1,9 % jämfört med år 1989. Konsumtionsminskningen var särskilt markant bland ungdomar.

Mot bakgrund av den ökade alkoholkonsumtionen under senare hälften av 1980-talet har från olika håll lagts fram förslag på förändringar av den samlade alkoholpolitiken. Riksdagen har ställt sig bakom socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. som redovisar behov av att ta ställning på det alkoholpolitiska området. Vidare har bl.a. socialstyrelsen föreslagit åtgärder som väsentligen är inriktade på ytterligare restriktioner inom alkoholpolitiken. Häremot står andra förslag som tar sikte på en minskad restriktivitet och en minskad detaljreglering.

I det följande lämnar regeringen en redogörelse för alkoholkonsumtionens utveckling, alkoholens skadeverkningar, utredningsförslag m.m. I anslutning till denna redovisar vi våra ställningstaganden till inriktningen av den framtida alkoholpolitiken och redovisar vissa åtgärder på det alkoholpolitiska området.

10.2 Alkoholkonsumtionens utveckling

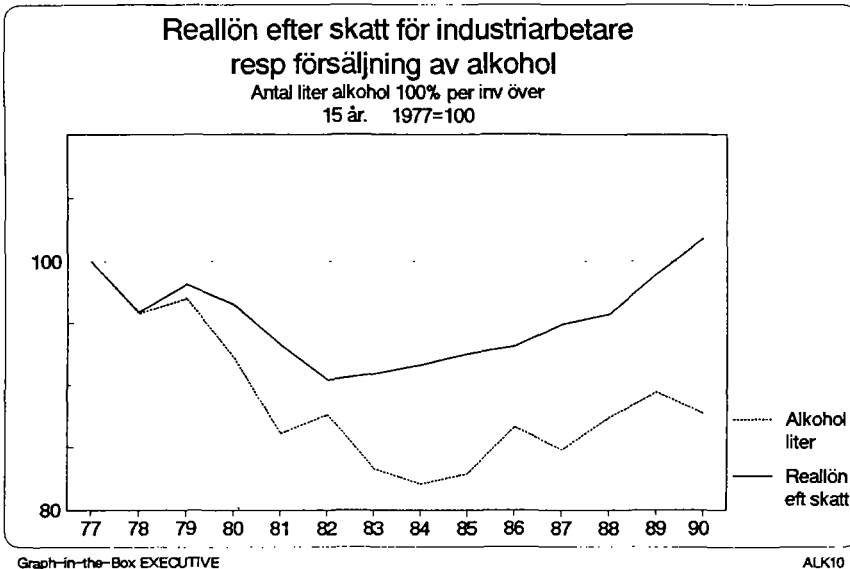
Bedömningar av alkoholkonsumtionens utveckling baseras på uppgifter om Systembolagets försäljning och bryggeriernas leveranser av starköl och öl samt importen av öl. För att få fram den totala konsumtionen skall till försäljningen läggas det s.k. mörkertalet, dvs. den oregistrerade alkoholkonsumtionen. Den omfattar konsumtion av s.k. hembränd sprit, hemtillverkat vin och öl, privat införd alkohol i samband med utlandsresor samt av tekniska alkoholprodukter. Den oregistrerade konsumtionen antas uppgå

till mellan en femtedel och en fjärdedel av den registrerade försäljningen. Mörkertalet anses dock inte variera mer än att förändringar i försäljnings-siffrorna kan användas som ett mått på faktiska konsumtionsförändringar.

Den totala alkoholförsäljningen har ökat under efterkrigstiden. År 1946 uppgick den till ca 4 liter ren alkohol per invånare, i åldrarna 15 år och däröver. Efter den liberalisering av alkoholpolitiken som genomfördes genom 1954 års nykterhetsreform, då motbokssystemet avskaffades, steg alkoholförsäljningen kraftigt. År 1976 nåddes den hittills högsta nivån under efterkrigstiden, nämligen 7,7 liter.

Efter år 1976 minskade försäljningen, vilket sannolikt till viss del kan antas vara en följd av de förändringar av alkoholpolitiken som 1977 års alkoholpolitiska beslut innebar med bland annat en aktiv högrprispolitik och omfattande satsningar på information och opinionsbildning. Även det år 1977 införda förbudet mot försäljning av mellanöl i den allmänna handeln har haft betydelse för konsumtionsminskningen.

Likaså inverkar reallöneutvecklingen på konsumtionsutvecklingen, vilket framgår av diagram 1.



Mellan åren 1976 och 1984 minskade försäljningen med nästan 22 %, medan den därefter ökade med 6,5 % fram till år 1988. Uttryckt i liter ren alkohol per invånare i åldrarna 15 år och däröver uppgick försäljningen 1984 till 6,01 liter. Detta var den lägsta nivån sedan minskningen inleddes. Därefter har försäljningen fluktuerat något, men trenden har varit uppåtgående. År 1989 uppgick den till 6,55 liter.

Uppgifter om 1990 års alkoholförsäljning visar på en minskning med 1,9 % jämfört med föregående år. Som framgår av nedanstående tabell

är det försäljningen av spritdrycker och vin som minskat, medan försäljningen av främst öl klass II ökat.

Tabell 3: Försäljning av alkoholdrycker i liter ren alkohol (100 procent) per invånare 15 år och äldre

	liter	förändring 1989-90 i procent
Spritdrycker	2,10	- 6,6
Vin	1,83	- 2,0
Starköl	1,26	+ 0,3
Öl klass II	1,23	+ 4,6
Totalt	6,42	- 1,9

Källa: Socialstyrelsen, Pressmeddelande Nr 13 1991-03-28

Olika alkoholdryckers andel i försäljningen

De långsiktiga förändringarna i den totala alkoholförsäljningen innebär i första hand en omfördelning av konsumtionen från spritdrycker till vin, starköl och öl. Mellan åren 1976 och 1990 minskade spritförsäljningen från 3,88 till 2,10 liter ren alkohol per invånare (15 år och däröver) och år.

Samtidigt som spritförsäljningen minskat har – med undantag av det senaste året – vinförsäljningen relativt stadigt ökat. I början av seklet var vinförsäljningen försumbar. Spritdryckerna svarade då för tre fjärdedelar av den totala försäljningen (räknat i 100 % alkohol) och ölet för nästan hela den återstående fjärdedelen. I mitten av 1980-talet svarade spritdryckerna för 40 % av försäljningen och vinet och ölet (inkl. starkölet) för vardera 30 %. År 1990 utgjorde spritförsäljningen 33 %, vinförsäljningen 28 % och ölförsäljningen 39 %.

Den totala ölkonsumtionen är – trots den relativa ökningen – mindre i dag än i början av 1970-talet. Under de senaste åren har emellertid konsumtionen ökat av såväl starköl som öl klass II. Starkölsförsäljningen ökade med hela 49 % mellan åren 1985 och 1989. Försäljningen av starköl och av öl klass II motsvarade år 1990 2,49 liter ren alkohol per invånare. Det är samma nivå som år 1975, det år då mellanölsförsäljningen var som mest omfattande. Som framgår av de senaste försäljnings-siffrorna har emellertid ökningen av starkölsförsäljningen avmattats betydligt under år 1990. Försäljningen av öl klass II fortsätter dock att öka.

Den svenska bryggerinäringen har beslutat att sänka alkoholstyrkan i starkölet. Sedan början av innevarande år håller därför allt svensktillverkat starköl, som säljs i Systembolagets ordinarie sortiment, högst fyra viktprocent alkohol.

Traditionellt finns det avsevärda skillnader mellan mäns och kvinnors alkoholvanor. Det finns fler helnykterister bland kvinnorna, och de kvinnor som använder alkohol tenderar att dricka mer sällan och dessutom mindre per gång än män. Vuxna mäns alkoholkonsumtion är mer än dubbelt så hög som kvinnornas. Spriten dominerar männens konsumtion medan kvinnornas domineras av lättvin.

Denna könsskillnad har emellertid minskat påtagligt under de senaste tjugo åren. I dag svarar kvinnorna för ungefär en tredjedel av den totala konsumtionen; motsvarande andel var i början av 1970-talet en femtedel. Konsumtionsökningen är särskilt markant i åldern 20-24 år. Det finns också uppgifter som tyder på att ett mer manligt dryckesmönster vinner terräng bland yngre kvinnor, bl.a. på så sätt att kvinnor i dag dricker större mängder per gång. Dessutom håller vinet på att mista sin särställning som kvinnodryck medan ölet är på väg uppåt.

Ungdomars alkoholvanor

Uppgifter om ungdomars alkoholvanor samlas in i huvudsak genom tre olika, regelbundet återkommande, undersökningar. De s.k. skolundersökningarna har genomförts årligen sedan år 1971 i ett representativt urval av klasser i årskurs 9 och under vissa år även i årskurs 6. Sifos årliga ungdomsundersökningar genomförs på ett urval i åldern 12-24 år. Uppgifter om den totala genomsnittliga årskonsumtionen finns redovisade sedan årsskiftet 1979/80. Årliga undersökningar av de inskrivnings-skyldigas drogvanor har genomförts sedan inskrivningsåret 1969/70.

Resultaten från skolundersökningarna visar att andelen ungdomar i årskurs 9 som inte dricker alkohol har ökat sedan slutet av 1970-talet. Bland flickorna var andelen icke-konsumenter 7 % år 1977. År 1990 var den 22 %. Bland pojkarna var motsvarande siffror 9 resp. 22 %. I runda tal är det således i dag tre fjärdedelar av alla ungdomar i årskurs 9 som uppger att de dricker alkohol. Det bör emellertid noteras att undersökningen använder en relativt vid definition av vad det innebär att dricka alkohol. För att bli klassificerad som alkoholkonsument är det tillräckligt att vederbörande någon gång dricker eller har druckit ett glas öl, två cl vin eller två cl sprit. Sedan 1970-talet har det också skett en minskning av den andel elever som uppger att de dricker relativt stora mängder vid ett och samma tillfälle. Det gäller särskilt för flickornas del.

Enligt Sifos ungdomsundersökningar minskade alkoholkonsumtionen påtagligt mellan åren 1979 och 1984. Under denna period mer än halverades spritkonsumtionen i ungdomsgrupperna. Efter år 1984 har alkoholkonsumtionen ökat igen, utom bland de yngsta. Framför allt har det skett en påtaglig ökning av starkölskonsumtionen. År 1988 uppgick alkoholkonsumtionen bland ungdomar till 2,34 liter. Under år 1989 inträffade dock en drygt femprocentig minskning, till 2,21 liter. Det har skett genom en minskning av vinkonsumtionen med 19 % och konsum-

tionen av starksprit med 13 %. Däremot har starkölskonsumtionen bland ungdomar ökat något.

Bland de yngsta ungdomarna, i åldern 12-15 år, är det enligt Sifundersökningarna nästan ingen skillnad mellan pojkar och flickor när det gäller alkoholkonsumtion. I gruppen 16-19 år är dock pojkarnas konsumtion dubbelt så stor som flickornas och i gruppen 20-24 år mer än dubbelt så stor (5,72 liter år 1988). Som tidigare nämnts ökar emellertid alkoholkonsumtionen bland kvinnor i denna ålder.

Sverige i internationell jämförelse

I ett internationellt perspektiv är alkoholkonsumtionen i Sverige förhållandevis låg. Högst alkoholkonsumtion har Frankrike, tätt följt av Spanien. I Frankrike uppgick konsumtionen till 13,0 liter ren alkohol per invånare år 1987. Detta är mer än dubbelt så mycket som i Sverige. Av de nordiska länderna har Danmark en förhållandevis hög genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Andra länder med hög alkoholkonsumtion är Schweiz, Ungern, Belgien, Tyskland och Portugal. Den höga nivån är främst ett resultat av en mycket hög konsumtion av vin. Ungern och det tidigare Östtyskland har också en hög spritkonsumtion.

Alkoholvanorna varierar mellan länderna i Europa både med avseende på mängden konsumerad alkohol och med avseende på vilka alkoholdrycker som konsumeras. Under 1980-talet har det emellertid börjat ske en utjämning mellan länderna, både när det gäller hur mycket man dricker och vad man dricker. Vinkonsumtionen har ökat i traditionellt sett sprit- och ölkonsumerande länder samtidigt som ölkonsumtionen på motsvarande sätt ökat i de länder där vinkonsumtionen av tradition är utbredd.

10.3 Alkoholens skadeverkningar

Att hög konsumtion av alkohol har ett samband med sjukdom och för tidig död är väl belagt genom en mängd olika undersökningar, både i Sverige och utomlands. En rad allvarliga medicinska och sociala problem har ett samband med missbruk av alkohol. Uppskattningsvis 300 000 svenskar dricker så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

Överdödlighet där alkohol är en orsaksfaktor är ett viktigt folkhälsoproblem och en vanlig följd av alkoholmissbruk. I en svensk undersökning av dödligheten bland medelålders män kunde konstateras att s.k. alkoholrelaterad dödlighet var den främsta orsaken till för tidig död. Bland dödsorsakerna kan nämnas levercirrhos (skrumplever), pancreatit (bukspottkörtelinflammation), inflammation i hjärtmuskeln, alkoholförgiftning, självmord och olika andra former av våldsam död.

Av dödsfallen bland män under trettio år är en tredjedel alkoholrelaterade. Särskilt utsatt är den som har en mycket hög alkoholkonsumtion i

unga år. Det visar en studie av 50 000 unga svenska män, som följts under en femtonårsperiod efter mönstringen. De som hade en hög konsumtion vid mönstringen löpte nästan fem gånger så stor risk att dö i unga år som genomsnittet. Den vanligaste dödsorsaken var våldsam död i olika former.

Kvinnor har en lägre genomsnittlig alkoholkonsumtion än män. Kvinnor är dock känsligare än män för åtminstone en del alkoholskador, bl.a. leverskador. Kvinnor har också en högre alkoholrelaterad överdödlighet än män. Av en undersökning av dödligheten bland manliga och kvinnliga sjukhusvårdade alkoholister i Stockholm under perioden 1962 - 1983 framgick att den relativa risken för att dö var tre gånger så hög bland männen och mer än fem gånger så hög bland kvinnorna jämfört med den allmänna befolkningen i Stockholm i motsvarande ålder. Bland kvinnor är dödligheten starkt koncentrerad till ett mindre antal orsaker, i första hand levercirrhos och självmord. Även en överdödlighet i bröstcancer har konstaterats.

Hög alkoholkonsumtion under graviditeten kan ge fosterskador i form av tillväxthämning, kroppsliga avvikelser och störningar på det centrala nervsystemets funktion. Flera svenska och utländska undersökningar påvisar dessutom ett samband mellan alkoholmissbruk under graviditeten och en ökad spädbarnsdödlighet.

Utredningen om det ofödda barnet uppgav i delbetänkandet (SOU 1987:11) Åtgärder vid missbruk m.m. under graviditet, att antalet alkoholskadade barn troligen minskat betydligt sedan mitten av 1970-talet. Fortfarande föds emellertid i vårt land ca 100 gravt missbildade barn per år till följd av moderns alkoholmissbruk.

Det är ett känt faktum att alkoholister har en klar överdödlighet i jämförelse med befolkningen i stort. Detta gäller såväl män som kvinnor. Självmord utgör en mycket stor andel av den totala dödligheten hos alkoholister. Alkohol är en viktig orsaksfaktor bakom självmord över huvud taget. Mellan 15 och 25 % av alla självmord i samhället begås av alkoholmissbrukare. Självmord som dödsorsak är dock vanligare bland de alkoholister som är socialt mer välintegrerade än bland de mer utsatta.

En mycket hög andel av den totala alkoholrelaterade dödligheten faller på ensamstående män som inte tillhör arbetsmarknaden. Risken för att dö i alkoholrelaterade sjukdomar eller skador är betydligt lägre bland socialt välintegrerade grupper. Dödligheten bland alkoholister i sårbara sociala situationer har ökat. Enligt socialberedningens betänkande (SOU 1987:27) - Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget - har överdödligheten bland manliga socialt utslagna alkoholmissbrukare ökat dramatiskt under efterkrigstiden. Bland de yngre alkoholmissbrukarna har överdödligheten stigit särskilt kraftigt.

De flesta alkoholrelaterade sjukdomarna är resultatet av en långvarig hög alkoholkonsumtion. Det krävs ofta tiotals år för att utveckla sådana sjukdomar som levercirrhos eller pancreatit. De akuta alkoholskadorna har däremot mer att göra med hur mycket man dricker vid konsumtions-tillfället och hur man då betar sig.

Alkoholskadorna drabbar inte bara högkonsumenter. Dessa löper visserligen högre individuell risk att skadas, men då normalkonsumenterna är så många fler kommer en mycket betydande del av alkoholskadorna att drabba dem. Särskilt gäller det skador av berusning, i samband med olyckor och våld.

Den hittillsvarande forskningen har visat att det finns ett säkert samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i samhället och dödligheten i levercirrhos, pancreatit och cancer i matstrupen samt sjuklighet i levercirrhos, pancreatit, alkoholpsykos (delirium) och alkoholförgiftning.

Det finns många belägg för att levercirrhosen i ett land ökar när den totala alkoholkonsumtionen ökar och att den minskar när den totala konsumtionen minskar. Detta har att göra med det empiriskt belagda förhållandet, att ju mer alkohol som totalt sett dricks i ett samhälle, desto fler storkonsumenter kommer det att finnas och desto fler kommer att få skador av sitt drickande. När totalkonsumtionen ökar, tycks såväl måttlighets- som storkonsumenter öka sin alkoholkonsumtion.

Det finns data som för svenskt vidkommande visar på att en period av kraftig minskning av den totala alkoholkonsumtionen följs av motsvarande minskning i dödlighet på grund av levercirrhos och pancreatit. Under perioden 1976 – 1982 minskade alkoholförsäljningen i vårt land med 17 %. En jämförelse mellan data från åren 1979 och 1982 visar att dödligheten i levercirrhos minskade med nästan 30 %. Samtidigt minskade dödligheten i pancreatit med mer än 30 %. Däremot skedde det ingen minskning av dödligheten på grund av alkoholpsykos, alkoholism och alkoholförgiftning.

Alkoholens roll som underliggande och bidragande dödsorsak är sannolikt underskattad. En relativt ny svensk doktorsavhandling visar på en kraftig underdiagnostik av alkoholrelaterade sjukdomar. Minst 6 000 dödsfall per år har enligt tidigare beräkningar ansetts ha ett samband med alkohol. Detta kan således vara en underskattning, vilket skulle innebära att alkoholen är av långt större betydelse för folkhälsan än man tidigare antagit.

Man räknar i dag med att en hög andel av de förtidspensionerade männen är alkoholmissbrukare. Även sjukskrivningsfrekvensen har samband med alkoholkonsumtionen. En svensk studie som omfattar åren 1963 – 1983 fann ett relativt starkt samband mellan alkoholförsäljning och frånvaro från arbetet på grund av ohälsa. Sambandet var särskilt starkt för männens del.

Uppskattningsvis omkring 20 % av patienterna på akutmottagningarna inom kroppssjukvården och 40 % av patienterna på psykiatriska akutmottagningar har alkoholproblem. Drygt hälften av män utskrivna från slutna psykiatrisk vård har behandlats för alkoholpsykos eller alkoholberoende. För kvinnornas del är motsvarande andel 13 %. Olika lokala studier pekar på att omkring 15 % av de vuxna patienterna inom primärvården har alkoholproblem.

En mycket hög andel av de olyckor som leder till långvarig sjukhusvård, invaliditet och död är alkoholbetingade. Cirka 70 % av offren för

drunkningsolyckor är alkoholpåverkade. Uppskattningar gör gällande att 15 – 30 % av alla trafikdödade förare har hög alkoholhalt i blodet. När det gäller snöskoterolyckor uppskattas andelen vara så hög som 90 %.

Såväl svensk som utländsk forskning visar att det finns starka samband mellan alkohol och våldsbrott; en majoritet av våldsverkarna och en stor del av offren är alkoholpåverkade vid brottstillfället. Amerikansk forskning har även visat på ett samband mellan alkoholförbrukning och familjevåld, fränsett i de fall det rör sig om vad man skulle kunna kalla kroniska misshandlare.

På individnivå finns det således ett väldokumenterat samband mellan alkoholförbrukning och våldsbrott. Det finns också undersökningar som för Sveriges del antyder ett samband mellan alkoholförsäljningen och antalet självmord. Likaså finns det ett samband mellan totalkonsumtion och antalet misshandelsbrott i Sverige under 1900-talet. När totalkonsumtionen ökat har det skett en motsvarande ökning av antalet misshandelsbrott. På motsvarande sätt har misshandelsbrotten minskat i tider av en avtagande alkoholkonsumtion.

Efter år 1977 har emellertid detta samband inte funnits. Samtidigt som totalkonsumtionen minskade inträffade en ökning av antalet anmälda misshandelsbrott. En tolkning som förts fram i diskussionen kring det ökade våldet är att detta till viss del kan förklaras av att restaurangkonsumention har ökat. Denna anses ha större effekt på antalet anmälda våldsbrott än den konsumtion som äger rum i hemmen.

10.4 Alkoholpolitiken

År 1977 antog riksdagen under stor enighet regeringens proposition (1976/77:108) om alkoholpolitiken. Stor vikt lades vid det alkoholpolitiska målet att minska den totala alkoholkonsumtionen och att därigenom reducera alkoholens skadliga verkningar. Socialstyrelsen tilldelades det centrala ansvaret för alkoholpolitiken.

I 1977 års alkoholpolitiska beslut lades de grunder för alkoholpolitiken fast, vilka i det väsentliga alltjämt tillämpas. I beslutet understryks betydelsen av socialpolitiska insatser av skilda slag i syfte att undanröja orsakerna till alkoholmissbruk och motverka en konsumtion av alkohol som leder till skador. Stor vikt läggs vid förebyggande åtgärder och vid opinionsbildande insatser. I linje härmed utgår ett omfattande ekonomiskt stöd till organisationer och föreningar som arbetar förebyggande och med opinionsbildning.

Tillgången på alkohol skall begränsas. Detta skall ske dels genom en aktiv prispolitik, dels genom att vissa restriktioner upprätthålls i handeln med alkohol. Alkoholbeskattningen och därmed prissättningen på alkoholhaltiga drycker skall användas som ett medvetet instrument för att hålla tillbaka konsumtionen av alkohol och för att styra över konsumtionen till svagare drycker. Priserna på alkoholdrycker skall vara höga och följa med i den allmänna prisutvecklingen.

Vi har i Sverige en rad olika regler, som framför allt innebär inskränkningar i rätten att tillverka, sälja och marknadsföra drycker men som också innebär inskränkningar när det gäller köp och konsumtion. Dessa regler har som sitt främsta syfte att utgöra ett skydd för ungdomen. Så är t.ex. åldersgränsen vid inköp i systembutikerna 20 år.

Handeln med rusdrycker är uppdelad på två statliga monopolföretag. VIN & SPRIT AB svarar för partihandel av vin, sprit och utländskt starköl och har även tillverkningsmonopol för spritdrycker. Det andra företaget, Systembolaget AB, har monopol på detaljhandeln. Bolaget sköter också partihandeln av vin, sprit och utländskt starköl till restaurangerna. Svenskt starköl säljs direkt till restaurangerna från de svenska bryggerierna.

Den nu gällande svenska alkoholpolitiken kan sammanfattas i följande punkter:

- Det privata vinstintresset i alkoholhanteringen skall så långt möjligt begränsas.
- Konsumtionen skall minskas genom begränsning av tillgängligheten. Detta skall åstadkommas genom en aktiv prispolitik samt genom restriktioner när det gäller tillverkning, försäljning och marknadsföring av alkoholdrycker.
- Samhället skall genom information och opinionsbildning verka för att den totala konsumtionen minskas och att alkoholskadorna begränsas.

Omtanken om ungdomen löper som en röd tråd genom den svenska alkoholpolitiken. Såväl lagstiftningen som samhällets olika stödinsatser är utformade i syfte att utgöra ett skydd för ungdomen.

I 1977 års beslut betonades att restriktionerna i handeln med alkohol måste vara av sådant slag att de av en bred allmänhet kan uppfattas som meningsfulla. I gengäld skall man satsa på att övervaka att nykterhetspolitiska olägenheter inte uppkommer i samband med försäljning av alkoholdrycker.

Tillsynsverksamheten är av den anledningen en viktig del av alkoholpolitiken. Den regionala tillsynen av alkoholhanteringen sköts av länsstyrelsen och den lokala av socialnämnderna och polismyndigheterna. Länsstyrelsen har huvudansvaret och har ensam befogenhet att vidta sanktioner. Socialnämnder och polismyndigheter har skyldighet att till länsstyrelsen rapportera om sådana förhållanden som kan ha betydelse för tillsynen.

Även om berörda myndigheter har stora befogenheter i sin kontroll över verksamheten framhålls i den nämnda propositionen att tillsynsverksamheten främst skall inriktas på rådgivande och förebyggande insatser. Sanktioner skall endast komma till begränsad användning.

Bestämmelserna om alkoholhanteringen är i huvudsak samlade i lagen (1977:292) om tillverkning av drycker, m.m. (LTD), lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD),

lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat (LFTA) samt

lagen (1977:306) om dryckesskatt.

Tillämpningsföreskrifter till lagen om handel med drycker återfinns i förordningen (1977:305) om handel med drycker. Vidare har socialstyrelsen (rörande LTD och LHD) och läkemedelsverket (rörande LFTA) utfärdat vissa föreskrifter och allmänna råd.

10.5 Utredningar m.m. inom alkoholområdet

10.5.1 Socialutskottets betänkande om en aktiv alkoholpolitik

I ett av riksdagen godtagit betänkande (SoU 1989/90:2) behandlade socialutskottet i november 1989 olika frågor om åtgärder som kan leda till en sänkt alkoholkonsumtion.

Som tidigare redogjorts för har Sverige ställt sig bakom WHO-målet att minska alkoholkonsumtionen med 25 % fram till år 2000. I sitt alkoholpolitiska betänkande poängterar socialutskottet att detta fortfarande är ett angeläget mål. Den ökade konsumtionen under senare år försvårar enligt utskottets mening Sveriges möjligheter att leva upp till målet. Särskilt oroande är ungdomarnas ökade alkoholkonsumtion, eftersom ungdomen är framtidens alkoholkonsumenter och det är i denna grupp som framtidens högkonsumenter och missbrukare kommer att rekryteras. Enligt utskottets mening är det nu mycket angeläget att vända de senaste årens ökning av alkoholkonsumtionen till en minskning i syfte att nå det uppsatta målet.

Utskottet anser att regeringen nu måste besluta om konkreta åtgärder som leder till en varaktig sänkning av alkoholkonsumtionen. Utgångspunkten för dessa insatser bör vara det alkoholpolitiska beslutet år 1977. Insatserna kan dock i vissa avseenden behöva anpassas till samhällsförändringar och ny kunskap inom alkoholforskningen. Alla medel som kan leda till en minskning av alkoholskadorna måste därvid enligt utskottet övervägas, såväl åtgärder som begränsar tillgängligheten av alkohol som åtgärder för att minska efterfrågan.

Sammanfattningsvis anser socialutskottet att alkoholfrågan måste flyttas fram i blickpunkten. En större medvetenhet om alkoholens skadeverkningar och förståelse för behovet av alkoholpolitiska åtgärder måste skapas. Utskottet uttalar sig för förstärkta informations- och utbildningsinsatser, åtgärder mot langning, stöd till alkoholfria miljöer, restriktivitet vid utskänkning av alkoholdrycker, insatser mot ungdomsmissbruk och missbruk på arbetsplatserna, åtgärder mot snabbvin, hembränning och missbruk av teknisk sprit samt för ökad alkoholforskning. Utskottet ser positivt på socialstyrelsens initiativ att ta fram ett handlingsprogram i syfte att nå en sänkning av alkoholkonsumtionen med 25 % fram till år 2000.

Riksdagen beslutade den 15 november 1989 att som sin mening ge regeringen till känna vad utskottet anför.

10.5.2 Socialstyrelsens handlingsprogram

Socialstyrelsens handlingsprogram, som överlämnades till regeringen i januari 1990, anger fem delmål som enligt socialstyrelsens mening bör ligga till grund för arbetet med att sänka alkoholkonsumtionen. Dessa är:

- Att lyfta fram och tydliggöra folkhälsoperspektivet.
- Att verka för att någon alkoholkonsumtion ej förekommer under uppväxttiden.
- Att skapa och vidmakthålla kunskaper om alkoholens skadeverkningar, alkohollagstiftningen, alkoholpolitiska samband, drogforebyggande insatser, m.m.
- Att begränsa tillgången bl.a. genom att utveckla prisinstrumentet och effektivisera lagtillämpningen och tillsynen.
- Att verka för att ingen alkohol konsumeras i situationer som ställer särskilda krav på reaktionsförmåga och omdöme.

I handlingsprogrammet föreslås åtgärder för att klarare än hittills framhålla alkoholfrågan som en folkhälsofråga. I övrigt föreslås åtgärder avseende såväl efterfrågan som tillgängligheten på alkohol. Förslag finns om inventering och förbättring av skolans undervisningsmaterial, utbildning av lärare, vårdarbetare, journalister m.fl. förmedlargrupper samt intensifierat informationsarbete till föräldrar. I programmet behandlas även speciella informationsinsatser i form av en riksomfattande kampanj och information till särskilda målgrupper såsom ungdomar, vissa yrkesgrupper, blivande mödrar m.fl.

När det gäller alkoholens tillgänglighet avser förslagen tillsynsmyndigheternas ansvar inom området. Därutöver framförs ett antal förslag som avser skärpning av det alkoholpolitiska regelsystemet. Förslagen avser bl.a. en höjning av åldersgränsen för servering av alkoholdrycker på restaurang, åtgärder som syftar till att förändra prispolitiken på alkoholdrycker, striktare riktlinjer för alkoholserving vid statlig representation, internationella överenskommelser för att förbereda en avveckling av taxfree-systemet och reglera reklamen i satellitsänd TV, åtgärder mot onykterhet till sjöss och ytterligare medel till forsknings- och utvecklingsprojekt inom området.

10.5.3 Socialstyrelsens rapport om åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna

Regeringen uppdrog i september 1988 åt socialstyrelsen att överväga möjliga åtgärder i syfte att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna. Frågan om en bättre efterlevnad av åldersgränserna vid försäljning av alkoholdrycker skulle uppmärksammas särskilt. Vidare skulle socialstyrelsen enligt uppdraget även överväga förstärkta insatser mot langning av alkohol till ungdomar och uppmärksamma de problem som

är förknippade med det ökade antalet serveringsställen vilka främst riktar sig till en ungdomlig publik. Styrelsen skulle även överväga behovet av mer aktiv tillsyn från berörda myndigheter.

Uppdraget redovisades till regeringen i januari 1990 i rapporten Åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna.

Socialstyrelsen anför att den ökade alkoholkonsumtionen i ungdomsgruppen från mitten av 1980-talet har samband med bl.a. förhållanden inom restaurangbranschen. Antalet serveringsställen med tillstånd att servera alkohol har ökat kraftigt under senare delen av 1980-talet, samtidigt som inriktningen i många fall har förskjutits från egentlig restaurangverksamhet till dryckes- och nöjesverksamhet – ofta med inriktning på ungdom.

Socialstyrelsen pekar på att denna utveckling har inneburit att restaurangkonsumtionens andel av totalkonsumtionen av alkohol har ökat betydligt. Styrelsen anser vidare att bryggerierna har medverkat i utvecklingen genom aktiv marknadsföring och finansiellt engagemang i restaurangbranschen. Alkohol fria nöjesalternativ har fått svårt att hävda sig och ungdomen har fått alltmer alkoholpräglade umgängesmönster.

Socialstyrelsen anser att alla berörda instanser, inom ramen för sina befogenheter och resurser, bör öka sitt engagemang i fråga om både att åstadkomma en striktare lagtillämpning och att vidta andra kompletterande åtgärder i form av t.ex. riktad information och stöd till alkoholfria ungdomsmiljöer. Detta inbegriper också åtgärder när det gäller efterlevanden av reglerna om åldersgränser och åtgärder mot langning.

Dessutom föreslår socialstyrelsen lagändringar för att höja åldersgränsen för alkoholserving på restauranger, avskaffa bryggeriernas rätt till partihandel med starköl, precisera bestämmelsen om restaurangmässighet vid alkoholserving, skärpa bestämmelserna för marknadsföring av alkoholdrycker och införa regler som gör det möjligt för länsstyrelsen att göra ålderskontroller i samband med tillsynen.

Vidare anser socialstyrelsen att prisinstrumentet bör användas mer aktivt och särskilt användas för att dämpa starkölskonsumtionen.

Länsstyrelsens resurser för bl.a. ärendehandläggning och tillsyn bör enligt socialstyrelsens mening förstärkas. Styrelsen bedömer att minskningen hittills av länsstyrelsernas resurser, tillsammans med kommunernas allt liberalare inställning, också är en viktig orsak till den beskrivna negativa utvecklingen.

Slutligen anser socialstyrelsen att ytterligare resurser bör avdelas för information och för stöd till alkoholfria alternativ för ungdom.

10.5.4 Våldskommissionen om alkohol och gatuvåld

Våldskommissionen har behandlat frågan om alkohol och gatuvåld. I sitt slutbetänkande (SOU 1990:92) Våld och brottsoffer gör kommissionen vissa ställningstaganden och lämnar förslag till åtgärder.

Kommissionen konstaterar att det finns ett klart samband mellan alkohol och våld, även om inte alla som dricker alkohol begår våldshandlingar.

Majoriteten av gärningsmännen och en stor del av offren för våld är alkoholpåverkade vid brottstillfället. Gatuvåldet är geografiskt relaterat till servering av alkohol. Större delen av våldfallen mellan obekanta sker i nöjeslokaler eller utanför dessa eller när människor rör sig mellan eller till och från nöjeslokaler.

Under senaste decenniet har nöjeslivet förändrats i vissa avseenden. Antalet restauranger med tillstånd att servera alkohol har fördubblats samtidigt som alkoholfria dansställen så gott som helt försvunnit. Starkölsdrickandet bland ungdomar har ökat mycket kraftigt.

Tidigare, när fylleriet var kriminaliserat och dansställen ofta var alkoholfria, gällde det för ungdomarna att i vart fall försöka se nyktra ut. Nu är det i betydligt högre grad än tidigare accepterat att uppträda alkoholpåverkad utomhus.

Vidare har det under den senaste 10-årsperioden vuxit fram ytterligare företeelser som kan antas vara våldsfrämjande, nämligen köerna utanför nöjeslokalerna och dörrvakterna i entréer. Vanligtvis har dörrvakterna inte ordningsvaktsförordnade, utan är endast anställda av restauratören. De besitter enligt våldskommissionens mening inte alltid det lugn och omdöme som bör krävas i dessa situationer.

Våldskommissionen ser socialstyrelsens förslag för att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna (dvs. höjd åldersgräns, en begränsning av antalet restauranger, högre pris m.m.) som tveksamma ur snävt brottsförebyggande synpunkt. Kommissionen ser en risk, att köerna växer om nöjesställena blir färre, drickandet före restaurangbesöket ökar om priserna höjs, allt fler blir avvisade om åldersgränserna höjs och fler är berusade redan när de kommer till restaurangen. Allt detta ökar risken för våld utanför nöjeslokalerna.

Våldskommissionen ser det som mer angeläget att vidta åtgärder som motverkar bråk och den oordning som kan råda runt nöjesställena, varvid köer och dörrvakter utgör särskilda problem.

Våldskommissionen anser att lagen om handel med drycker bör kompletteras med en bestämmelse att tillståndshavaren svarar för att ordning råder i och utanför serveringslokalen. Tillståndshavarens ansvar bör således utsträckas till att även gälla utanför lokalen och i den närmaste omgivningen.

Med hänsyn till att det utanför lokalen är fråga om rena ordningsuppgifter måste det krävas ordningsvaktsförordnande av den som skall utföra dessa uppgifter. Kommissionen anser vidare att det bör övervägas att generellt kräva ordningsvaktsförordnande även av dörrvakterna vid restaurangerna.

Länsstyrelsen bör vid sin tillsyn rikta uppmärksamheten på ordningen inom och utanför lokalen och vid behov ingripa aktivt med föreskrifter eller återkalla serveringstillståndet.

Kommissionen föreslår även åtgärder för att sänka toleransen för berusat uppträdande genom att skärpa bestämmelserna om förargelseväckande beteende.

Förslagen i betänkandet övervägs för närvarande i justitiedepartementet.

10.5.5 Socialstyrelsens rapport om åtgärder mot missbruk av teknisk sprit m.m.

Riksdagen behandlade frågan om åtgärder mot missbruket av teknisk sprit våren 1988 (SoU 1987/88:17, s. 30-31). Socialutskottet uttalade att tillgängligheten av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat måste begränsas. Vidare borde olika ersättningsmedel med mindre risk för missbruk så långt möjligt ersätta nuvarande preparat, främst T-röd. Vad utskottet anförde om åtgärder mot missbruk av teknisk sprit gav riksdagen som sin mening regeringen till känna.

Regeringen uppdrog därefter åt socialstyrelsen att överväga åtgärder för att minska missbruket av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat. Som ett led i regeringsuppdraget träffade socialstyrelsen en överenskommelse med olika branschorganisationer om att T-röd och liknande preparat i enlitersförpackningar fr.o.m. den 1 juli 1989 endast skulle säljas över disk. Socialstyrelsen har här efter i en rapport till regeringen lagt fram ytterligare förslag till åtgärder mot missbruk av tekniska alkoholprodukter. Socialstyrelsen anser att det i första hand krävs insatser på vård- och behandlingsområdet för att förhindra pågående missbruk. Som stöd och komplement till dessa insatser och för att minska nyrekrytering till gruppen som missbrukar tekniska alkoholprodukter föreslår socialstyrelsen att det skall bli lag på att de aktuella preparaten endast skall få säljas över disk. Vidare föreslås att försäljningsförbudet i LFTA förtydligas.

Socialutskottet uttalade hösten 1989 att utskottet fann det tillfredsställande att socialstyrelsen nu lagt fram förslag till åtgärder i syfte att nedbringa missbruket (SoU 1989/90:2). Utskottet anförde att det dock var viktigt att regeringen följde denna fråga och även i fortsättningen uppmärksammade problemet med missbruk av tekniska alkoholprodukter.

10.5.6 Alkoholhandelsutredningen

Regeringen beslutade i juni 1984 att tillsätta en utredning för översyn av vissa regler inom alkohollagstiftningen, den s.k. alkoholhandelsutredningen. I direktiven (Dir. 1984:30) angavs att utredningen skulle se över lagstiftningen på alkoholområdet och därvid försöka åstadkomma förenklingar och rationaliseringar i regelsystemet. Principerna för alkoholpolitiken enligt 1977 års riksdagsbeslut skulle dock ligga fast.

Utredningen överlämnade betänkandet (SOU 1985:15) Handel med alkoholdrycker, promemorian (Ds S 1986:4) Partihandel med starköl och slutbetänkandet (SOU 1986:35) Handel med teknisk sprit m.m.

Vad gäller lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD) föreslog utredningen att den kommunala vetorätten i serveringsärenden skulle avskaffas liksom att behovsprövningen av den tilltänkta verksamheten skulle slopas. De ordnings- och nykterhetsproblem som kunde uppkomma till följd av en omfattande etablering av serveringsställen skulle i stället mötas med en skärpt tillsynsverksamhet och ett effektivt utnyttjande av sanktionsmöjligheterna enligt lagen.

Utredningen ansåg att man borde kunna släppa på kravet att matserveringen skall utgöra en viss andel av rörelsen. I stället borde länsstyrelserna göra en helhetsbedömning, där det avgörande kriteriet skulle vara huruvida verksamheten kunde antas medföra nykterhetspolitiska olägenheter eller ej. Emellertid ansåg inte utredningen att man skulle luckra upp det nuvarande kravet på att mat skall finnas att tillgå under hela den tid som alkoholservering sker.

Vid sidan av prövningen av sökandes personliga lämplighet, serveringsställets tjänlighet och mathållningen skulle det vid tillståndsprövningen inte behövas tas någon särskild hänsyn till om den tilltänkta rörelsen vänder sig till en ungdomlig publik. Utredningen ansåg i stället att kontrollen och tillsynen borde skärpas och att det härvid borde ägnas särskild uppmärksamhet åt dansrestauranger och andra serveringsställen som i större utsträckning besöks av ungdomar. Utredningen föreslog att det särskilda prövningsförfarandet av föreståndare och dennes ersättare skulle avskaffas.

Trafikservering liksom alkoholservering vid nöjes- och idrottsplatser borde enligt utredningen bedömas efter samma grunder som all annan alkoholservering. Utredningen föreslog vidare att de särskilda bestämmelserna om självservering och servering i drinkbar samt förbud mot uppmaning till alkoholförtäring skulle upphävas.

Utredningen ansåg att ölhanteringen kan ske under friare former och föreslog att tillståndsprövningen slopas såväl när det gäller parti- och detaljhandeln som servering av öl klass II.

Enligt utredningens mening är det viktigt att tillståndsgivningen på serveringsområdet följs upp med en effektiv tillsyn.

När det gäller lagen (1977:292) om tillverkning av drycker, m.m. (LTD) fann utredningen inte anledning att föreslå några mer ingripande förändringar i bestämmelserna om tillverkning av alkohol. Emellertid föreslogs vissa lagändringar för att komma till rätta med hembränning.

När det gällde problem som berör hemtillverkning av vin ansåg utredningen det inte vara någon framkomlig väg att införa någon form av förbud mot försäljning eller användning av vare sig sammanhållna snabbvinsatser eller olika beredningsämnen för tillverkning av vin. Utredningen fann inte heller skäl att skärpa marknadsföringslagstiftningen vad gäller snabbvinsatser.

För att komma åt hembränningen föreslog utredningen en skärpning av reglerna för hantering av aktivt kol genom att införa ett tillståndssystem för tillverkning, överlåtelse och import av aktivt kol.

Lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat (LFTA) ville utredningen ersätta med en ny språkligt omarbetad lag. I sak föreslogs endast vissa kompletteringar och förtydliganden av nu gällande regler.

Utredningens betänkanden remissbehandlades. Flera av utredningens centrala förslag kritiserades. Dåvarande chefen för socialdepartementet ansåg att det var svårt att väga samman många av utredningens förslag till mer genomgripande förändringar med kravet att regelsystemet skall fylla sin alkoholpolitiska funktion. Vissa oroande tendenser under senare hälften av 1980-talet vad gäller konsumtionens utveckling talade även för stor försiktighet med större förändringar inom alkoholpolitikens område. Mot den bakgrunden beslutade regeringen i samband med budgetpropositionen 1988 (prop. 1987/88:100 bil. 7) att inte lägga fram en mer omfattande alkoholpolitisk proposition.

10.5.7 Alkoholskatteutredningen

I oktober 1989 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare för att utreda frågan om beskattning av alkoholhaltiga drycker. Utgångspunkten för utredningen – som arbetar under namnet alkoholskatteutredningen – var enligt direktiven (Dir. 1989:51) att skapa ett system där beskattningen av alkoholdrycker, och därmed också dryckens pris, i högre grad än för närvarande bestäms av dess alkoholhalt. Syftet är att åstadkomma ett skattesystem som är enhetligt för samtliga alkoholdrycker och dessutom neutralt i förhållande till olika produkter med likvärdig alkoholstyrka. Vidare skall utredningen pröva om den nuvarande klassindelningen av maldrycker är ändamålsenlig och om den går att inordna i ett enhetligt skattesystem. I uppdraget ingår också att undersöka huruvida de gällande reglerna för skattskyldighet m.m. är ändamålsenliga och att närmare belysa de prissättningsmetoder som tillämpas av alkoholbolagen.

Utredningen har också att beakta dryckesskattens alkoholpolitiska betydelse. De alkoholpolitiska aspekterna på beskattningen av de alkoholhaltiga dryckerna har under senare tid betonats i allt större utsträckning. Ett väsentligt inslag i den svenska alkoholpolitiken är strävan att minska den totala alkoholkonsumtionen och att styra över den till alkoholsvagare drycker. Beskattningen och därmed prissättningen av alkoholdrycker har utnyttjats i detta syfte sedan länge. Avsikten är att säkerställa att alkoholdryckerna håller en konstant hög prisnivå där prisutvecklingen inte blir långsammare än för andra konsumtionsvaror och att med prisdifferentiering söka inrikta konsumtionen på de svagare dryckerna.

10.6.1 Informationsstrukturen på drogområdet

Informationen om alkohol och narkotika bedrivs på ett mycket brett fält. Många aktörer är inblandade, såväl myndigheter som organisationer och företag. Grunden för de statliga insatserna inom droginformationsområdet utformades inom ramen för 1977 års alkoholpolitiska beslut och 1984 års beslut om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik.

Statens insatser inom området avser dels produktion av informationsmaterial och direkt informationsverksamhet, dels bidragsgivning till kommuner och organisationer som bedriver droginformation eller annan drogförebyggande verksamhet.

De statliga myndigheter och organ som arbetar med dessa frågor är socialstyrelsen, statens ungdomsråd, skolöverstyrelsen och länskolnämnderna. Bland övriga statliga myndigheter eller motsvarande som bedriver informationsinsatser kan nämnas trafiksäkerhetsverket och Systembolaget. De informerar i första hand inom alkoholområdet.

Socialstyrelsen har det samlade centrala ansvaret för den statliga droginformationen. Till socialstyrelsen är knutet ett alkohol- och narkotikapolitiskt råd, det s.k. AN-rådet, som består av representanter för myndigheter och organisationer som arbetar med drogfrågor.

Folkrörelserna och organisationslivet har en viktig roll i det drogförebyggande arbetet. En särskild roll har Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) som är en statsfinansierad folkrörelsebaserad organisation.

I det följande redogörs utförligare för de olika aktörernas insatser inom området.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har det centrala myndighetsansvaret inom det drogpolitiska området. Styrelsen arbetar gentemot landsting, socialnämnder och länsstyrelser genom bl.a. allmänna råd, utvecklingsprojekt, informationsmaterial samt kurser och konferenser. Styrelsen bedriver också upplysningsverksamhet riktad till allmänheten.

Socialstyrelsen fördelar också statsbidrag till organisationer för olika informationsinsatser och andra förebyggande verksamheter.

Skolöverstyrelsen/skolverket

Det centrala myndighetsansvaret för skolans droginformation åvilar i dag skolöverstyrelsen. Det regionala ansvaret ligger på länskolnämnderna.

Inom skolans område arbetar man på olika sätt för att genom förebyggande insatser motverka skador och missbruk av alkohol, narkotika och tobak (ANT). Insatserna består av bl.a. kunskapsförmedling för att förmå ungdomar att självständigt ta ställning mot användning av droger.

I enlighet med riksdagens beslut med anledning av propositionen om ansvaret för skolan (prop. 1990/91:18, UbU4, rskr. 76) avvecklas med utgången av juni 1991 skolöverstyrelsen och länskolnämnderna. På skolområdet inrättas fr.o.m. den 1 juli 1991 en ny myndighet, statens skolverk. Skolverkets organisation skall bestå av en central del och en fältorganisation. Skolverkets huvuduppgifter blir utveckling av skolan, uppföljning och utvärdering av skolverksamheten samt tillsyn. Denna tillsyn omfattar också insatser på alkohol- och narkotikaområdet.

Statens ungdomsråd

Statens ungdomsråd fördelar medel till drogförebyggande insatser som görs av ungdomsorganisationerna. Vidare behandlar ungdomsrådet direkt och indirekt frågor kring ungdomar och droger inom sin utrednings- och publikationsverksamhet. Målgruppen för detta är förenings- och fritidssektorn.

Övriga statliga organ

Bland övriga statliga myndigheter eller motsvarande kan nämnas trafik-säkerhetsverket och Systembolaget. Deras insatser är i första hand inriktade på information om alkoholens verkningar och de risker som är förknippade med missbruk eller bruk av alkohol i vissa situationer.

Informationen kan ha som mål att förebygga berusning, beroende och olika former av skador. Vikten av att avstå helt från alkohol i vissa situationer framhålls, t.ex. i trafiken, till sjöss, vid graviditet, i samband med idrott etc. Systembolaget informerar också om olika regler för alkoholförsäljningen, t.ex. åldersgränserna och förbudet mot langning och motiven för dessa.

Systembolagets information riktas i första hand till alla alkoholkonsumenter. Genom systembutikerna har bolaget en bred kontaktyta gentemot sina kunder. Butiksskyllning och distribution av broschyrer i butikerna är därför en central del av bolagets alkoholinformation. Genom annonser och andra mediainsatser understöds informationen i butikerna.

Sedan många år tillbaka har Systembolaget utvecklat ett samarbete med idrottsrörelsen. Man samarbetar även med Riksförbundet Hem och Skola för att sprida information till ungdomar och föräldrar om alkohol. Systembolaget har också medverkat i de aktionsgrupper mot alkohol och droger (Boman- och Athena-grupperna) som regeringen tillsatt och som redovisas närmare i det följande.

CAN grundades av folkrörelserna vid seklets början och har sedan starten varit ett folkrörelsebaserat organ.

CANs arbete har emellertid alltid innehållit en betydande samverkan med staten. CAN har upprepade gånger under det senaste decenniet organiserats om och förändrats, senast den 1 juli 1990 då CAN i enlighet med riksdagens beslut blev en fristående organisation i förhållande till socialstyrelsen.

Från mitten av 1980-talet fram till den 1 juli 1990 var CAN knutet till socialstyrelsen på så sätt att personalen var anställd vid styrelsen och verksamheten stod under överinseende av styrelsen.

CAN är en suverän organisation, vars styrelse är ansvarig för och fattar beslut om verksamheten. Folkrörelseförankringen kommer till uttryck genom de 41 medlemsorganisationerna och deras representation i styrelsen och genom den del av verksamheten som innebär kontakt med organisationer och folkrörelser. Styrelsen består av representanter utsedda både av statliga intressenter och av medlemsorganisationerna och personalgruppen. Ordföranden utses av regeringen. UHÄ tillsätter tre representanter, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen vardera en representant. Personalen utser en styrelserepresentant och ombudsförsamlingen minst åtta företrädare för medlemsorganisationerna.

Organisationen får statsbidrag för att fullfölja de arbetsuppgifter och den inriktning som riksdagen förutsatte år 1984. Det innebär att CAN skall förmedla basfakta och följa och informera om förändringar på drogområdet. Upplysningsarbetet skall i första hand avse insatser för folkrörelser och organisationer.

CAN har även det samlade ansvaret att följa drogutvecklingen, vilket innebär att man fortlöpande inhämtar och analyserar resultat från forskning och undersökningar, statistik från olika områden och andra uppgifter som ger kunskap om droganvändning och missbruk. Man har även ansvaret för att genomföra den årliga undersökningen av skolungdomens drogvanor, för den kontinuerliga undersökningen av drogvanor bland värnpliktiga och för ett regionalt rapporteringssystem. Till detta kommer den centrala uppgiften att utveckla metoder för att i framtiden få en bättre uppfattning om missbruksutvecklingen.

CAN ger ut flera skrifter där forskningsprojekt och andra fakta på alkohol- och narkotikaområdet presenteras. Man tillhandahåller också studiematerial, trycksaker m.m. kring drogfrågor. CAN har också en informations- och dokumentationscentral med en databaserad informationstjänst som består av referenser och sammanfattningar av litteratur för forskning och undervisning inom området alkohol- och narkotikamissbruk. Till kansliet är ett bibliotek knutet som är tillgängligt för forskare, informatörer, organisationer, myndigheter och andra intresserade.

CAN har knutit till sig ett vetenskapligt råd som kan bistå i frågor som kräver speciell kompetens.

AN-rådet bildades år 1985 som en ersättare för socialstyrelsens dåvarande alkoholnämnd. AN-rådet består av ordförande och ledamöter som representerar organisationer som på ett eller annat sätt arbetar med drogfrågor. Rådet knöts till regeringskansliet/socialdepartementet och skulle enligt riksdagens beslut utgöra ett kontaktorgan mellan regeringen och berörda folkrörelser och organisationer, dvs. fungera som ett forum för ömsesidig information om pågående och planerad verksamhet inom drogområdet samt för diskussion om behov av åtgärder.

Den organisation som rådet fick gjorde rådets roll oklar och skapade problem i förhållande till andra myndigheters verksamhet. Med anledning därav beslutade riksdagen att AN-rådet från och med 1 juli 1989 skulle inordnas i socialstyrelsen som ett rådgivande organ åt styrelsen i alkohol- och narkotikafrågor.

Organisationslivets roll i drogupplysningen

Folkrörelserna och organisationslivet har en lång tradition när det gäller att aktivt motverka drogmissbruk. En grundläggande princip är att varje organisation och varje förening självständigt och utifrån sina egna förutsättningar själva väljer arbetssätt och insatser. Organisationernas integritet får inte ifrågasättas.

Organisationerna samverkar på olika sätt med statliga myndigheter och andra. Det sker i mer permanenta former som t.ex. i AN-rådet och i CANs verksamhet. Det sker även inom ramen för tillfälliga satsningar som t.ex. Boman- och Athena-gruppernas verksamheter.

Organisationerna behöver ett starkt stöd från samhällets sida för att kunna bedriva sin verksamhet. Statsbidrag utgår dels i form av centralt organisationsstöd, dels som projektmedel till verksamheter med drog-förebyggande syfte.

10.6.2 Athena-gruppen

Regeringen tillsatte i början av år 1989 en arbetsgrupp med uppgift att genomföra en aktion mot droger. Gruppen antog namnet Athena-gruppen. Athena-gruppen föregicks av den s.k. Boman-gruppen (Beredningsgruppen för opinionsbildning mot alkohol och narkotika) som under åren 1987-88 arbetat med att utveckla opinionsbildningen mot alkohol och narkotika. Athena-gruppen erhöll ökade ekonomiska resurser och fick en bredare sammansättning med representanter från såväl centrala myndigheter som organisationer som arbetar med drogfrågan.

Aktionens syfte på alkoholområdet är bl.a. att pressa tillbaka alkoholkonsumtionen bland ungdomar och skjuta upp alkoholdebuten, hejda langningen av alkohol till unga, skapa ökad respekt för gällande åldersgränser vid inköp av alkohol samt skapa förståelse för den svenska alkoholpolitiken.

Gruppen arbetar även för att stoppa langningen av narkotika och stoppa nyrekryteringen av narkotikamissbrukare. Vidare skall gruppen uppmärksamma sambandet mellan alkohol- och narkotikamissbruk och riskerna för spridning av HIV. Ytterligare ett viktigt syfte är att stärka och utveckla det lokala drogförebyggande arbetet.

Athena har lagt stor vikt vid att nå s.k. vidareinformatörer, dvs. personer som på olika sätt kommer i kontakt med ungdomar, t.ex. föräldrar, lärare, fritidsledare och föreningsledare. Dessa stimuleras att på olika sätt arbeta med drogfrågan eller andra förebyggande aktiviteter. Insatser har också riktats direkt till ungdomarna.

Breda mediainsatser har gjorts för att understödja och förstärka de lokala aktiviteterna. Dessa har behandlat alkoholpolitik, riskerna med narkotika, kompislangning och upptäckares - dvs. kamraters, fritidsledares, lärares m.fl. ansvar att hjälpa och ingripa om man upptäcker att någon börjat missbruka.

Genom seminarier och konferenser har man riktat uppmärksamheten mot viktiga problemområden. Man har också sökt nå särskilda målgrupper t.ex. journalister.

Athena-gruppens arbete kommer att pågå fram till den 1 juli 1991. Under våren 1991 genomför gruppen tillsammans med regeringens aktionsgrupp mot narkotika en landsomfattande aktion mot droger. Syftet med aktionen är att det förebyggande arbetet i kommuner och bland frivilliga organisationer skall intensifieras.

10.6.3 Reguljära informations- och opinionsbildande insatser

Under femte huvudtiteln i statsbudgeten finns anslag som helt eller delvis avser samhällets drogförebyggande verksamhet.

Inom anslaget *E 1. Socialstyrelsen* finns medel för socialstyrelsens droginformation. Socialstyrelsen avsätter budgetåret 1990/91 cirka 1,3 milj. kr. för olika informationsinsatser. Vid årsskiftet 1990-91 arbetade fem personer med droginformation och övrigt drogförebyggande stöd.

Från anslaget *H 1. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning*, CAN utgår medel till CANs verksamhet. För budgetåret 1991/92 föreslår regeringen ett anslag på 10,5 milj. kr.

Från anslaget *H 3. Bidrag till organisationer* utgår bidrag till bl.a. organisationer som arbetar med drogfrågan. För budgetåret 1991/92 föreslår regeringen ett anslag på cirka 58,3 milj. kr. till organisationernas drogförebyggande arbete.

10.6.4 Forskning inom alkohol- och drogområdet

Forskningen på alkohol- och drogområdet är uppsplittrad på ett stort antal institutioner och finansierare. Regeringen beviljade år 1988 särskilda medel för fem stipendier inom området alkoholforskning med social-, samhälls- och beteendevetenskaplig inriktning för att kompensera bristen på forskartjänster på mellannivå.

Delegationen för social forskning (DSF) utarbetade år 1987 ett program för alkoholforskning med social-, samhälls- och beteendevetenskaplig inriktning. I programmet anges två huvudområden som bör prioriteras, nämligen behandlings- och rehabiliteringsforskning samt forskning om alkoholbruk och missbruk. Inom det sistnämnda området betonas bland annat behovet av forskning rörande sambandet mellan alkoholpolitik och samhällsförändring å ena sidan och människors alkoholvanor och attityder till alkohol å andra sidan.

I en skrivelse till socialdepartementet har Svenska föreningen för Alkohol- och Drogforskning (SAD) nyligen framfört synpunkter på alkoholforskningen och på behovet av ytterligare forskning. SAD, som är en sammanslutning av tongivande svenska alkoholforskare, understryker behovet av tvärvetenskapliga ansatser inom alkoholforskningen, eftersom orsakerna bakom alkoholmissbruk enligt SAD sannolikt står att finna i ett samspel mellan många olika faktorer; företrädesvis medicinskt-biologiska, genetiska, beteendevetenskapliga och samhällsliga faktorer.

SAD anser att ökade forskningsinsatser behövs inom såväl den biologiska som den samhällsvetenskapliga alkoholforskningen. Vidare behövs enligt SAD forskning om motivationsskapande metoder vid behandling av alkohol- och drogmissbrukare samt forskning om metoder som kan användas av personer som på egen hand vill förändra sina alkohol- och drogvänor.

Vad gäller finansiering av forskningsprojekt står Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR, tidigare Delegationen för social forskning, DSF) för en stor del av den samhälls- och beteendevetenskapligt inriktade forskningen om beroendeframkallande medel. Andra viktiga finansiärer är Forskningsrådsnämnden (FRN), Systembolagets fond för alkoholforskning (SFA), Medicinska forskningsrådet (MFR) och riksbankens jubileumsfond (RJ). Humanistiskt- och samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) ger också vissa begränsade forskningsbidrag för ändamålet.

Tabell 4: Externfinansierad alkoholforskning i Sverige, tkr.
(kan även inkludera visst drogmissbruk)

Finansiär	1990/91	1989/90	1988/89	1987/88
DSF	4 458	4 334	3 311	1 293
MFR	5 000	4 685	4 134	4 283
RJ	2 572	2 000	2 196	2 000
HSFR	—	—	120	—
FRN	3 200	3 000	2 796	1 851
SFA	2 010	2 007	1 835	—
Summa	17 240	16 026	14 352	9 427

Källa: SFR

Under de senaste åren har bidrag till alkoholforskning som externfinansierats uppgått till sammanlagt cirka 14-17 miljoner kr. årligen. Därav är emellertid cirka 4-5 miljoner kr. att se som tillfälliga satsningar, bl.a. genom att Systembolaget under en femårsperiod avsatt 2 milj.kr. per år till en fond (SFA) för alkoholforskning. Denna satsning upphör i och med sista utdelningen år 1991.

Medicinsk forskning, behandlingsforskning och psykologiskt orienterad forskning dominerar anslagsbilden. Den psykiatriska forskningen utgör cirka 30 % av alla forskningsprojekt, vilket kan förklaras av att de psykiatriska klinikerna står för en stor del av vården av alkoholmissbrukare. Den sociologiskt orienterade forskningen och forskning kring prevention spelar däremot en undanskymd roll.

Forskning inom narkotikaområdet finansieras i huvudsak genom socialvetenskapliga forskningsrådet. Under den senaste femårsperioden har bidrag till forskning inom narkotikaområdet uppgått till cirka 1,5 milj. kr. årligen. För budgetåret 1990/91 beviljade SFR cirka 1,7 milj. kr. Emellertid avser en större andel av forskningsstödet blandmissbruk.

Under åren 1985/86 – 1989/90 fördelade DSF sammanlagt drygt 21 milj.kr till forskning inom drogområdet. Fördelningen mellan olika forskningsområden framgår av nedanstående tabell.

Tabell 5: Medelsfördelningen av DSF åren 1985/86 –1989/90

Inriktning	Tilldelade medel (tkr)	%
Alkohol	10 740	51
Narkotika	4 530	21
Läkemedel	1 708	8
Missbruk, ospec.	4 179	20
Summa	21 157	100

Källa: SFR

10.7 Riktlinjer för den fortsatta alkoholpolitiken

Regeringens förslag: Målet för den svenska alkoholpolitiken skall även fortsättningsvis vara att minska den totala alkoholkonsumtionen för att därigenom begränsa alkoholens skadeverkningar. Detta kan bl.a. ske genom en aktiv prispolitik och genom att det restriktionssystem som kringgärdar hanteringen av alkoholdrycker upprätthålls. Avsevärt större vikt skall läggas vid förebyggande insatser utifrån ett folkhälsoperspektiv.

Grunderna för den svenska alkoholpolitiken skall hävdas inför de fortsatta överläggningarna om ett svenskt närmande till de europeiska gemenskaperna.

Skälen för regeringens förslag: Även om den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige är låg i jämförelse med andra länder, skapar alkoholen allvarliga problem. Det finns ett otvetydigt samband mellan å ena sidan den totala alkoholkonsumtionen i samhället och å andra sidan utbredningen av alkoholrelaterade sjukdomar och dödsfall. Detta samband är empiriskt belagt av såväl svensk som utländsk forskning. En minskning av den genomsnittliga alkoholkonsumtionen kan således förväntas resultera bl.a. i en minskning av frekvensen alkoholrelaterade sjukdomar samt en minskad alkoholrelaterad dödlighet.

Det är insikten om alkoholkonsumtionens betydelse för uppkomsten av sociala problem och ohälsa som ligger till grund för WHO:s rekommendation till medlemsländerna att under en tjugoförårsperiod fram till år 2000 verka för att alkoholkonsumtionen minskar med minst 25 %. WHO-målet ställdes upp mot bakgrund av att alkoholkonsumtionen hade ökat markant i de flesta europeiska länder under efterkrigstiden.

Som tidigare påvisats har man under senare tid kunnat skönja en viss utjämning mellan Europas länder när det gäller alkoholvanorna, både med avseende på hur mycket som dricks och vad som dricks. Länder med en mycket hög alkoholkonsumtion minskar sin totala konsumtion och länder med en förhållandevis låg alkoholkonsumtion ökar sin konsumtion.

I detta sammanhang bör noteras att Sverige i jämförelse med de flesta övriga europeiska länder redan nu har en låg genomsnittlig alkoholkonsumtion. Sett i detta perspektiv måste den svenska alkoholpolitiken – trots en viss ökning av konsumtionen under senare hälften av 1980-talet – i allt väsentligt bedömas som framgångsrik. Mot bakgrund av att Sverige anslutit sig till den av WHO rekommenderade målsättningen är det lika fullt betänkligt att alkoholförsäljningen visat en tendens att öka under andra hälften av 1980-talet.

Som redogjorts för i det föregående har dock alkoholförsäljningen minskat något under det senaste året. Det har också som framgått skett en påtaglig minskning av alkoholkonsumtionen bland ungdomar. Även om man inte kan dra alltför långtgående slutsatser av det senaste årets gynnsamma utveckling, förefaller det inte omöjligt att nå 25-procentsmålet inom ramen för den förda alkoholpolitiken. Enligt regeringens mening finns det därför knappast skäl för en drastisk skärpning av den svenska alkoholpolitiken. Regeringen kan inte heller se några skäl för en liberalisering av denna politik.

Det europeiska perspektivet kommer ofrånkomligen att vara av betydelse vid framtida överväganden om den svenska nationella alkoholpolitiken. Det gäller oavsett om Sverige blir medlem i EG eller ej. Den utjämning som håller på att ske inom Europa när det gäller alkoholvanorna bör ses som en del av en mer omfattande process av tilltagande kulturellt utbyte över gränserna. Det är regeringens avsikt att inför ett svenskt närmande till EG hävda grunderna för den svenska alkoholpolitiken.

Som framgått av tidigare redogörelse finns det inom EG ingen gemensam alkoholpolitik. Alkoholfrågan har tidigare i huvudsak betraktats som ett jordbruksproblem och endast ett fåtal medlemsländer har haft am-

bitioner att utveckla nationella alkoholpreventiva program. Ministerrådets uppmaning till medlemsländerna att anpassa EGs agerande på området till WHO:s verksamhet och att därvid noga väga produktions-, distributions- och reklamintressen inom alkoholområdet mot allmänna hälsointressen visar emellertid på en växande medvetenhet om alkoholens betydelse för folkhälsan.

Ambitionen inom EG är att på sikt utjämna punktskatterna på bl.a. alkohol. Tanken på en omedelbar harmonisering har emellertid övergivits på grund av starkt motstånd från högs katteländerna inom EG. Enligt vad kommissionen nu föreslagit skall man före utgången av år 1992 införa en obligatorisk miniminivå på olika punktskatter. Om detta förslag går igenom innebär det att länder med en hög alkoholskatt kan behålla sin höga skatt.

Å andra sidan ingår det även i kommissionens förslag att alla framtida ändringar av punktskatterna skall ske i riktning mot en s.k. målskattenivå, som medlemsländerna inte får avlägsna sig ifrån. Målskattenivån skall ligga något högre än den obligatoriska miniminivån.

Principerna för alkoholbeskattningen kommer inte att beröras i de pågående förhandlingarna om ett EES-avtal mellan Efta och EG. Hur frågan kommer att ställa sig vid ett eventuellt svenskt medlemskap är ännu för tidigt att uttala sig om. Kommissionens förslag om en s.k. målskattenivå för olika punktskatter kommer – om det genomförs – i realiteten att innebära att högs katteländerna fortsättningsvis inte kommer att kunna höja sina skatter. Frågan om en eventuell harmonisering av punktskatterna är emellertid mycket kontroversiell och det är därför ytterst oklart hur och när man kommer att fortsätta att behandla frågan.

Alkoholmonopolen utgör ett väsentligt inslag i den svenska alkoholpolitiken. Monopolen har tillkommit i syfte att skydda folkhälsan. Motiven bakom dessa är således inte konkurrensbegränsande. I EES-förhandlingarna har Efta-länderna gemensamt framhållit att de monopol på alkoholområdet som finns i vissa Efta-länder inte står i motsättning till artikel 37 i Romfördraget.

När grunderna för vår alkoholpolitik lades fast genom riksdagens beslut år 1977 underströks att restriktionerna i handeln med alkohol måste vara av sådant slag att de av en bred allmänhet kan uppfattas som meningsfulla. Såväl skatteutskottet som socialutskottet har tidigare anfört att alkoholransonering skulle kunna skapa negativa attityder mot alkoholpolitiska strävanden över lag. Regeringen delar den uppfattningen och finner att det f.n. inte är realistiskt att väsentligt trappa upp de restriktiva medlen.

Utvecklingen hittills i Sverige visar att det går att på ett framgångsrikt sätt minska den totala alkoholkonsumtionen genom en aktiv prispolitik och genom generella åtgärder i syfte att minska alkoholens tillgänglighet. I fråga om beskattning och prissättning anser regeringen således att gällande regler bör bibehållas. Samtidigt framhålls i det följande att tillsynen behöver skärpas när det gäller hur restaurangerna efterlever de intentioner som kommer till uttryck i lagen om handel med drycker. Det

finns uppgifter som tyder på att tillståndsgivning och tillsyn när det gäller restaurangverksamheten i dag inte sker helt i lagstiftningens anda. Dessutom redovisas vissa åtgärder rörande marknadsföringen av snabbvinsatser, otillåten sprittillverkning samt missbruk av tekniska alkoholprodukter.

Regeringen anser framför allt – utifrån ett folkhälsoperspektiv – att information, opinionsbildning och andra förebyggande åtgärder i framtiden bör ges en mer framträdande roll i den svenska alkoholpolitiken. Riktlinjerna för ett framtida alkohol- och narkotikapreventivt arbete presenteras närmare i det följande.

10.8 Folkhälsoinstitutets program alkohol- och narkotikaprevention; inriktning och innehåll

Som tidigare har redovisats föreslår regeringen att ett folkhälsoinstitut skall bildas. Institutets arbete skall bedrivas i form av särskilda program. Ett av dessa program skall vara inriktat på alkohol- och drogprevention, ett annat på insatser för barn och ungdomar. En översiktlig beskrivning av innehållet i programmen har lämnats i avsnitt 9. I det följande ger regeringen en fördjupad redovisning av det alkohol- och narkotikapreventiva programmets inriktning och innehåll.

Alkoholprevention

Det alkoholförebyggande arbetet bör utgå från ett folkhälsoperspektiv. Det innebär att alkoholvanorna bäst kan förstås i ett brett socialt perspektiv, där livsstilen ses som en del av kulturen. Folkhälsoperspektivet är det perspektiv som WHO lagt på alkoholfrågorna. Organisationen har bland annat framhållit att förebyggande program som enbart inriktas på att förändra dryckesvanorna sannolikt har mycket begränsade effekter. Information och upplysning om alkohol bör därför enligt WHO inordnas i ett bredare program för hälsa och sociokulturell utveckling.

I 1977 års alkoholpolitiska beslut underströks att restriktionerna i handelen med alkohol måste vara av sådant slag att de av en bred allmänhet kan uppfattas som meningsfulla. Det är därför av stor vikt för det alkoholpreventiva arbetets utformning att detta grundas på kunskap om människors erfarenhet av alkohol och om deras föreställningar om alkohol. En viktig uppgift för folkhälsoinstitutets alkohol- och narkotikaprogram kommer därför att vara att initiera forskning och andra undersökningar av olika befolkningsgruppers kunskaper, attityder och beteenden i förhållande till alkohol och andra droger. Denna kunskap skall sedan ligga till grund för utformningen av olika primär- och sekundärpreventiva insatser.

De primärpreventiva insatserna syftar till att förebygga alkoholskador och alkoholberoende genom att nedbringa den totala alkoholkonsumtionen. De riktar sig således till befolkningen i stort eller till olika kategorier av befolkningen, t.ex. ungdomar eller gravida kvinnor. Speciell

uppmärksamhet bör riktas till grupper som mer än andra tenderar att öka sin alkoholkonsumtion, främst unga kvinnor. Allmän upplysningsverksamhet liksom åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet är exempel på förebyggande åtgärder av primärpreventivt slag. Fritidsverksamhet som bedrivs av olika ideella föreningar är också att betrakta som primärpreventiva insatser därigenom att de bidrar till att minska social isolering.

Sekundärpreventiva insatser vänder sig till människor som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett skadligt bruk av alkohol eller ett allvarligt alkoholberoende. Det kan t.ex. gälla att i arbetslivet samt inom primärvård och socialtjänst skapa förutsättningar för tidig upptäckt av ett begynnande alkoholberoende. En förutsättning för att kunna skapa sekundärpreventiva program är att det finns metoder för att identifiera särskilt utsatta grupper och kunskap om riskbeteenden. Likaså krävs det utbildningsinsatser för olika personalgrupper, som kan tänkas komma i kontakt med människor med begynnande alkoholproblem.

Information och opinionsbildning

Det pågår, som tidigare nämnts, en utjämning mellan Europas länder när det gäller alkoholvanorna. Denna utjämning är en del i en mer omfattande process av tilltagande kulturellt utbyte över gränserna. I detta sammanhang är det angeläget att som ett led i det primärpreventiva arbetet sprida kännedom om lagstiftningen om alkohol och narkotika och motiven bakom denna i syfte att skapa förståelse för de restriktioner som omger alkohol och narkotika i vårt samhälle.

Ytterligare ett viktigt område för den allmänna upplysningsverksamheten är den s.k. riskinformationen. Alkoholen är för många förknippad med en mängd positiva upplevelser. Sådana erfarenheter är av betydelse för hur alkoholpolitikens budskap når fram. Riskinformationen bör därför inte domineras av ett ensidigt skadeperspektiv utan den bör vara saklig och ge kunskap om alkoholens fysiologiska och psykologiska verkningar.

Ett viktigt mål för riskinformationen bör vara att förebygga beroende och olika former av skador. Vidare bör informationen betona vikten av att helt avhålla sig från alkohol under uppväxtåren, under graviditet, i arbetslivet samt i vissa situationer såsom i trafik till lands och till sjöss.

Den riskinformation som folkhälsoinstitutet skall framställa bör bl.a. kunna spridas via Systembolagets butiker. Även viss allmän information om alkoholpolitiken och dess regelsystem bör tillhandahållas i systembutikerna. Uppgiften att producera riskinformationen skall dock uteslutande åvila institutet.

Olika lokala projekt bör initieras. Projekten bör sätta in alkohol- och drogfrågorna i ett lokalt folkhälsoperspektiv och bör därför bygga på kunskap om demografiska och sociala förhållanden som är av betydelse för lokalsamhället.

Såväl det primärpreventiva som det sekundärpreventiva arbetet kräver en bred uppsättning strategier. I det följande anges ett antal teman som bör få hög prioritet i folkhälsoinstitutets alkohol- och drogpreventiva program.

Ingen alkohol under uppväxttiden

En viktig princip i den svenska alkoholpolitiken är att skydda ungdomen. Under uppväxten är kroppen särskilt känslig för alkohol. Vanor som gäller kost, alkohol, tobak, motion m.m. grundläggs i stor utsträckning under barn- och ungdomsåren. Bland annat därför utgör en tidig alkoholdebut en riskfaktor för ett framtida alkoholberoende. Risken är också högre därför att man som ung i regel saknar de stabiliserande förhållanden som arbete och egen familj kan utgöra. I jämförelse med genomsnittet löper dessutom den som i unga år har en mycket hög alkoholkonsumtion betydligt högre risk att dö ung. Ytterligare en faktor av betydelse är sambandet mellan alkohol och andra droger. Ett alkoholmissbruk kan i vissa fall leda till att man börjar experimentera även med andra droger.

Mot bakgrund härav bör man göra betydande ansträngningar för att skjuta upp alkoholdebuten bland ungdomar och för att minska unga människors alkoholkonsumtion. I detta sammanhang är föreningslivets insatser av stor betydelse.

Inom utbildningsväsendet arbetar man på olika sätt för att genom förebyggande insatser motverka skador och missbruk av alkohol, narkotika och tobak. Arbetet mot droger i skolan bör intensifieras och även det inlemmas i ett bredare folkhälsoperspektiv, som även beaktar elevernas hälsa, miljö och livsstil. Det är likaså av stor betydelse att föräldrar och andra vuxna i ungdomarnas närhet blir delaktiga i det drogförebyggande arbetet.

I årets kompletteringsproposition föreslås att de medel som hittills funnits inom skolöverstyrelsen och länskskolenämnderna för s.k. ANT-verksamhet (Alkohol, Narkotika, Tobak) överförs till det nya skolverket och dess fältorganisation. En vidareutveckling av ANT-verksamheten bör ske i samarbete med folkhälsoinstitutet.

Motverka langning, hembränning och annan illegal alkoholhantering

En stor andel av skoleleverna i årskurs 9 uppger sig vara alkoholkonsumenter. Det finns också undersökningar som visar att det är relativt vanligt att föräldrar gör inköp åt sina barn eller att äldre kamrater handlar åt dem som är yngre. Även föräldrarnas bjudvanor är av betydelse. Av en undersökning bland högstadiel elever framgick att de elever, som blev bjudna på alkohol i hemmet, mycket oftare än övriga elever tillhörde högkonsumenterna av alkohol.

Som framhållits i det föregående är skyddet för ungdomen en viktig princip i den svenska alkoholpolitiken. Det är därför angeläget att på olika sätt sprida information om vilken betydelse en tidig alkoholdebut kan ha för framtida alkoholvanor. Frågan om langning bör sättas in i detta sammanhang.

Även hembränning och annan illegal hantering av alkohol måste motverkas. Det kan bland annat ske genom opinionsbildning för att avglorifiera och förändra attityderna till den typen av alkoholhantering.

Alkoholfria miljöer och umgängesformer

Utifrån ett primärpreventivt perspektiv är det angeläget att utveckla ett brett spektrum av insatser som syftar till att minska isoleringen i samhället. Det är i detta sammanhang viktigt att befrämja alkoholfria umgängesformer för såväl vuxna som ungdomar. Såväl kommuner som olika frivilliga organisationer gör betydelsefulla insatser för att möta behovet av drogfria nöjesalternativ. Sådana initiativ bör stödjas även fortsättningsvis. Av särskild betydelse är de drogfria mötesplatser som skapas i människors närmiljö.

Ingen alkohol i arbetslivet

Alkohol- och drogproblem förekommer inom alla yrkesgrupper och är ett problem på många arbetsplatser. Förutom att det kan leda till olyckor på arbetsplatsen är missbruk en viktig orsak till sjukfrånvaro. Missbrukare beräknas ha en sjukfrånvaro som är flera gånger högre än övriga jämförbara grupper. Alkoholmissbruk leder ofta till förtidspensionering och utslagning från arbetsmarknaden.

Samverkan mellan chefer, arbetsledare och fackliga förtroendemän å ena sidan och företagshälsovården å andra sidan kan leda till ett ökat hälsomedvetande, större restriktivitet med alkohol och en bättre arbetsmiljö. De primärpreventiva insatserna bör därför ges stort utrymme. De bör emellertid kombineras med sekundärpreventiva åtgärder som syftar till tidig upptäckt av alkoholproblem. Likaså bör företagshälsovården erbjuda eller förmedla rådgivning. För att detta skall kunna genomföras krävs utbildning av företagshälsovårdens personal.

Folkhälsoinstitutet bör på olika sätt stimulera arbetsmarknadens organisationer och olika arbetsplatser att utveckla de drogförebyggande insatserna. Medel bör anslås till projekt och till konferensverksamhet i syfte att skapa opinion för ett aktivt drogförebyggande arbete på arbetsplatserna.

Folkhälsoinsatserna spelar en framträdande roll i det drog- och alkoholförebyggande arbetet, både som opinionsbildare och genom att erbjuda social gemenskap och en meningsfull fritid. Många organisationer har också en viktig uppgift att fylla i det sekundärpreventiva arbetet genom sina insatser bland ungdomar och vuxna som löper särskilda risker att utveckla ett missbruk.

Folkhälsoinsatsernas drog- och alkoholförebyggande insatser utgör viktiga komplement till det arbete som myndigheter bedriver. Mångfalden i det drog- och alkoholförebyggande arbetet bör värnas. Därför bör de enskilda organisationerna utforma sina insatser utifrån den egna organisationens särart.

Som tidigare nämnts utgår årligen bidrag till organisationernas drog- och alkoholförebyggande verksamhet. För budgetåret 1991/92 föreslås anslaget uppgå till drygt 58 milj. kr. Bidragen fördelas för närvarande av socialstyrelsen men denna verksamhet bör fr.o.m. budgetåret 1992/93 överföras till folkhälsoinstitutet. Stödet till organisationernas insatser inom alkohol- och drogområdet bör förstärkas inom ramen för de medel som folkhälsoinstitutet kommer att förfoga över.

Forskning, utvärdering och metodutveckling

Folkhälsoinstitutet bör inom ramen för det alkohol- och drogprenventiva programmet följa alkohol- och drogutvecklingen samt stödja forskningsinsatser inom alkohol- och drogområdet.

Folkhälsoinsatserna bör lyftas fram i den framtida alkohol- och drogforskningen. Institutet skall följa och utvärdera aktuell forskning inom området för att därigenom skaffa sig underlag för att bedöma vilka områden som är eftersatta. Institutet skall också initiera eller själv genomföra forsknings- och utvecklingsarbete inom de eftersatta områdena.

Utvecklingen under de senaste åren när det gäller dryckesmönstren i olika grupper visar att förhållandena kan skifta snabbt. Det är därför viktigt att vara observant på utvecklingen. Traditionell deskriptiv epidemiologisk kunskap som inhämtas genom undersökningar, statistik och registerdata kommer därför även i fortsättningen att vara av stor betydelse för bedömningen av vilka områden som skall prioriteras i folkhälsoinstitutets alkohol- och drogprenventiva program.

Som nämnts inledningsvis är det av stor vikt för det alkohol- och drogprenventiva arbetets utformning att detta grundas på kunskap om människors erfarenhet av alkohol och om deras föreställningar om alkohol och andra droger. Det krävs således en fördjupad kunskap på detta område, såväl nationellt som lokalt. För utformningen av lokala preventionsprogram krävs dessutom kunskap om lokalsamhället och dess invånare.

Systembolagets fond för alkoholforskning (SFA) har under senare år lämnat bidrag till viktiga forskningsinsatser på alkoholområdet. Fonden upphör i och med utdelningen av 1991 års medel. Det är angeläget att

10.9 Servering av alkoholdrycker

10.9.1 Inledning

Utvecklingen på restaurangsidan

Alkoholdryckernas tillgänglighet har ökat under senaste årtiondet. På restaurangsidan har ökningen varit särskilt markant. Antalet restauranger med tillstånd att servera sprit, vin eller starköl har ökat från ca 3 000 år 1982 till 5 100 år 1989. Utvecklingen har också inneburit att restaurangernas andel av den totala försäljningen av alkohol mer än fördubblats under de senaste tio åren och var 12,4 % år 1989. Ökningen av starkölsförsäljningen har varit särskilt markant. Mellan år 1985 och år 1988 har restaurangförsäljningen av starköl ökat med 71 %. Restaurangernas andel av den totala starkölsförsäljningen har ökat från 23,6 % år 1982 till 34,6 % år 1989.

Ökningen av antalet serveringstillstånd hänför sig enligt socialstyrelsen till stor del till serveringsställen som vänder sig till ungdomar. Konsumtionen av alkoholdrycker på restaurang utgör en förhållandevis stor andel av ungdomens totala konsumtion. Denna bedömning stöds av förhållandet att restaurangernas försäljning av starköl, som är den vanligaste alkoholdrycken bland ungdom, har ökat påfallande under senare år.

Enligt uppgifter som länsstyrelserna har lämnat drev år 1988 cirka 810 av 4 900 restauranger, som hade tillstånd att servera starkare alkoholdrycker än öl klass II, någon form av verksamhet som helt eller delvis avsåg ungdom. Alkohol fria nöjesalternativ för ungdom har fått svårt att hävda sig, och ungdomen har fått alltmer alkoholpräglade mönster för sitt nöjesliv – både i och utanför restaurangerna. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten Åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna att denna utveckling strider mot lagstiftningens målsättning.

Som framgår av tidigare redogörelse ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomar under senare delen av 1980-talet. Ökningen var störst i de äldre ungdomsgrupperna, medan den yngre gruppens konsumtion varit relativt oförändrad.

Enligt den senaste Sifo-undersökningen har dock denna trend brutits. Alkoholkonsumtionen bland ungdomar i åldern 12-24 år visade sig vid årsskiftet 1989-90 ha minskat med drygt fem procent jämfört med föregående mätning, efter att tidigare ha ökat fyra år i rad. Emellertid fortsätter konsumtionen bland unga kvinnor i åldern 20-24 år att öka, vilket i huvudsak beror på att de dricker mer starköl.

Som tidigare redovisats finns ett samband mellan alkohol och våld. Av aktuell forskning framgår att gatuvåldet är geografiskt relaterat till servering av alkohol. De flesta fallen av våld mellan obekanta sker i nöjeslokaler eller utanför dessa eller när människor rör sig mellan eller till och från nöjeslokaler.

Kriminologen Leif Lenke har i avhandlingen *Alcohol and criminal violence* (1989) studerat effekterna på våldsnivån av variationer i medelkonsumtionen av alkohol. Han har funnit att det finns ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen och antalet misshandelsbrott i Sverige under 1900-talet. När totalkonsumtionen ökat har det skett en motsvarande ökning av antalet misshandelsbrott. När konsumtionen minskat har också antalet misshandelsbrott minskat.

Lenke visar emellertid också att det under de senaste årtiondena inte funnits något direkt samband mellan alkoholkonsumtionens utveckling och våldsutvecklingen. När den totala alkoholkonsumtionen sjönk i mitten av 1970-talet, minskade inte våldsbrottsligheten. Det finns sannolikt flera orsaker till detta. Enligt Lenke står emellertid en del av förklaringen att finna i att det finns ett samband mellan utvecklingen av våldet i offentlig miljö och utvecklingen av alkoholdrickandet på restaurang och andra nöjeslokaler. En stor del av våldet utomhus sker i samband med nöjesaktiviteter, ofta i alkoholpräglade miljöer. Dessa miljöer har som nämnts tidigare ökat markant under de senaste årtiondena.

Från Norrmalmspolisens (Stockholm) restaurangpatrull rapporteras i verksamhetsberättelsen för år 1989 en rad problemområden. Man konstaterar att det vid vissa restauranger serveras för mycket alkohol till gäster, vilket för med sig ordningsproblem och onykterhet. Misshandels- och tillgreppsbrott är de vanligaste förekommande brotten på restaurangerna. Av alla våldsbrott inom polisdistriktet sker cirka 30 % på restauranger.

10.9.2 Ökad tillsyn

Regeringens bedömning: Tillsynsmyndigheterna, dvs. socialstyrelsen, länsstyrelser, socialnämnder och polismyndigheter, bör inom ramen för tillgängliga resurser kunna intensifiera tillsynsverksamheten enligt lagen om handel med drycker (LHD) i syfte att få till stånd ökad respekt för förbudet mot servering av alkoholdrycker till minderåriga och till berusade personer och för att motverka våld och ordningsproblem i samband med servering av alkoholdrycker.

Regeringen finner inte tillräckliga skäl för att i lagtexten ytterligare precisera begreppet restaurangkaraktär.

Utredningsförslag: Alkoholhandelsutredningen föreslog att tillståndsmyndigheten inte skall behöva ta särskild hänsyn till huruvida den till-

tänkta rörelsen vänder sig till en ungdomlig publik när den prövar en ansökan om serveringstillstånd.

Socialstyrelsen föreslår att begreppet restaurangkaraktär preciseras i LHD genom att lagtexten på ett mer konkret sätt anger olika slag av icke önskvärda serveringsställen.

Såväl socialstyrelsen som våldskommissionen föreslår att berörda tillsynsmyndigheter ökar sin tillsyn för att åstadkomma en striktare lagtillämpning och bl.a. ingripa med föreskrifter eller återkalla serveringstillståndet vid missförhållanden.

Socialstyrelsen föreslår att länsstyrelsens resurser för bl.a. ärendehandläggning och tillsyn förstärks. Förstärkningen kan ske genom att höja expeditionsavgiften för serveringstillstånd och införa årliga registerhållnings- och tillsynsavgifter.

Remissynpunkter: Vid remissbehandlingen av alkoholhandelsutredningens betänkande avstyrkte en majoritet av remissinstanserna förslaget att avskaffa den särskilda ungdomsprövningen.

Socialstyrelsens idéprogram har remissbehandlats. Förslaget om ökad kontroll av och tillsyn över tillståndsgivning och servering har tillstyrkts av 18 av totalt 75 remissinstanser som inkommit med yttrande över programmet. Övriga har inte berört förslaget. Det är framför allt länsstyrelserna och nykterhetsorganisationerna som har haft synpunkter på frågan. Synpunkterna avser dels behovet av en mer strikt lagtillämpning och utökade resurser hos länsstyrelserna, dels behov av klarare riktlinjer vid bedömningen av ansökningar och vid tillsynen.

Skälen för regeringens bedömning

Gällande rätt: Genom 1977 års beslut fastslogs att målsättningen för alkoholpolitiken på restaurangområdet skall vara att försäljningen skall skötas på sådant sätt att skador i möjligaste mån förhindras samt att ordning, nykterhet och trevnad råder på serveringsstället, vilket framgår av 7 § LHD.

Enligt 41 § LHD får tillstånd till servering av starkare drycker än öl meddelas endast om det kan antas att tillhandahållandet av lagad mat kommer att utgöra en betydande del av rörelsen.

Tillsynen av serveringsställena bör ges en sådan inriktning att olägenheter i nykterhetskänseende kan undvikas. Av 64 § LHD framgår bl.a. att om försäljningen av alkoholdrycker föranleder olägenheter i fråga om ordning, nykterhet och trevnad skall tillståndsmyndigheten återkalla eller begränsa tillståndet eller meddela varning eller särskilda föreskrifter.

Överväganden: Överträdelse av de åldersgränser som gäller för alkoholinköp vid restauranger och systembutiker samt inom livsmedelshandeln tycks enligt olika rapporter vara vanliga. Dessutom visar undersökningar att många ungdomar får tillgång till alkohol genom att vuxna eller äldre

kamrater köper ut alkoholdrycker åt dem. Härtill kommer att etablering av restauranger särskilt inriktade på en ungdomlig publik synes ha ökat under de senaste åren.

Utvecklingen av våldsbrott i offentlig miljö och sambandet med den ökade tillgängligheten av alkohol vid restauranger som har påtalats i vissa forskarrapporter är oroande.

Som nämnts tidigare är skyddet för ungdomen en av de viktigaste principerna inom svensk alkohollagstiftning. I 1977 års alkoholpolitiska beslut ligger tyngdpunkten på insatser till skydd för ungdomar. Det framhålls att restriktionerna inom det alkoholpolitiska regelsystemet måste behållas främst som ett led i skyddet av ungdomen.

Regeringen anser att skyddet av de unga fortfarande måste vara en viktig princip i den svenska alkohollagstiftningen. Vi vill vidare erinra om vad föredragande statsrådet anförde i samband med 1977 års alkoholpolitiska beslut (prop. 1976/77:108, s. 48), nämligen att rörelser som huvudsakligen vänder sig till en ungdomlig publik och som dessutom främst inriktas på dans och liknande bör förvägras tillstånd att servera starkare alkoholdrycker än öl. Uttalandet gjordes i anslutning till bedömningen att servering av alkoholdrycker i princip bör få förekomma endast på egentliga restauranger, dvs. rörelser vars primära uppgift är att tillhandahålla lagad mat. Detta grundläggande krav på restaurangkaraktär, som har kommit till uttryck i lagen (41 § LHD), jämte uttalandet i förarbetena är enligt regeringens mening tillräckligt för att uppkomsten av serveringsställen av det aktuella slaget skall kunna motverkas. Något behov av att i lagtexten ytterligare klargöra detta föreligger därför inte.

Visserligen kan det i den praktiska bedömningen av vad som avses med restaurangkaraktär uppstå vissa problem. Det nuvarande kravet på att tillstånd till alkoholserving endast skall ges till sådana restauranger som kan erbjuda lagad mat i tillfredsställande urval och omfattning utgör dock en rimlig grund för tillståndsprövningen och tillsynen av en redan befintlig verksamhet. Lagens krav på serveringsställets restaurangkaraktär utestänger som nämnts tidigare typiska ungdomsställen som är inriktade på dans samt andra renodlade dryckesställen från möjlighet att servera starkare alkoholdrycker.

Regeringen anser i likhet med socialstyrelsen och våldskommissionen att tillsynsinsatserna bör kunna intensifieras. En effektivare tillsyn kan förväntas resultera i ett ökat antal åtgärdsärenden och bidra till en förändring av branschen genom självsanering. I första hand bör åtgärder riktas mot restauranger med olägenheter ifråga om ordning och nykterhet och mot de restauranger som har utpräglad ungdomsverksamhet.

Enligt gällande ordning finns det också skäl för berörda restauranger att iaktta återhållsamhet när det gäller att servera alkoholdrycker till ungdomar. En sådan återhållsamhet är motiverad bl.a. med hänsyn till det allmänna kravet på att ordning, nykterhet och trevnad skall råda på serveringsstället. All serveringspersonal har också ett ansvar för att motverka ett skadligt alkoholbruk, särskilt hos ungdomar. I mycket blir det fråga

om ett upplysningsarbete bland tillståndshavarna där dessa erinras om lagens innehåll.

Restauranger med en ungdomlig kundkrets bör även fortsättningsvis vara underkastade en särskild kontroll och tillsyn. Tillsynsmyndigheterna, dvs. socialstyrelsen, länsstyrelser, kommuner och polismyndigheter, bör intensifiera tillsynsverksamheten i enlighet med LHDs intentioner.

När det gäller frågan om ökade resurser till länsstyrelsernas tillsynsverksamhet vill vi också erinra om att riksdagen har beslutat om riktlinjer för ett nytt system för att avgiftsberäkna ansöknings- och expeditionsavgifter vid statliga myndigheter (prop 1989/90:138, FiU 138, rskr. 304). Enligt de antagna riktlinjerna skall principen full kostnadstäckning fastställas som ekonomiskt mål för den verksamhet som dessa avgifter avser att täcka. Avgiften för ett tillståndsärende skall tas ut som en ansökningsavgift i stället för en expeditionsavgift, vilket innebär att avgiften tas ut oavsett om ansökan bifalls eller inte. Betalningen av avgiften utgör en förutsättning för att ärendet skall prövas.

Riksrevisionsverket har av regeringen fått i uppdrag att utarbeta ett förslag om avgiftsberäkning utifrån de av riksdagen antagna principerna. Förslaget skall ligga till grund för de föreskrifter om avgifter som regeringen kommer att besluta. De nya reglerna kommer att gälla från den 1 juli 1991.

10.9.3 Åldersgränsen för servering av alkoholdrycker

Regeringens bedömning: Åldersgränsen för servering av alkoholdrycker vid restauranger och andra serveringsställen bör vara oförändrat 18 år.

Utredningsförslag m.m.: Socialstyrelsen har föreslagit att åldersgränsen för servering av alkohol på restauranger och andra serveringsställen skall höjas till 20 år. Socialutskottet har uttalat att skälen för att begränsa ungdomens alkoholkonsumtion nu är så starka att en höjning av åldersgränsen för servering av alkoholdrycker kan övervägas.

Remissynpunkter: Idéprogrammet har remissbehandlats. 34 remissinstanser tillstyrker en höjning av åldersgränsen till 20 år medan 8 avstyrker. Bland statliga verk och myndigheter tillstyrker skolöverstyrelsen, UHÄ, överbefälhavaren, trafiksäkerhetsverket och rikspolisstyrelsen. Av de 14 länsstyrelser som yttrat sig är det endast 2 som inte tillstyrker förslaget.

De 8 som yttrat sig negativt om förslaget är Statens ungdomsråd, Brottsförebyggande rådet, länsstyrelsen i Västernorrlands län, Örebro läns landsting, Sveriges Hotell- och Restaurangförbund, Riksförbundet Hem och Skola samt Kommunistisk ungdom.

Även arbetsmarknadens organisationer (LO, TCO, SACO och SAF) har yttrat sig över förslaget till handlingsprogram. Ingen av dessa har berört förslaget om höjd åldersgräns.

Skälen för regeringens bedömning

Gällanderätt: Åldersgränserna för försäljning av alkoholdrycker regleras i 11 § LHD. Av denna paragraf framgår att försäljning vid systembutiker eller utlämningsställen inte får ske till den som kan antas ej ha fyllt 20 år. För servering av alkoholdrycker vid restaurang och vid försäljning av öl klass II gäller en 18-årsgräns.

Överväganden: De gällande åldersgränserna kan uppfattas som ologiska och inkonsekventa. För inköp av alkohol i en systembutik måste man vara 20 år, men för att bli serverad på restaurang behöver man bara vara 18 år. Vid inköp av öl klass II gäller också 18-årsgränsen.

Rätten att göra inköp i systembutik har tidigare haft anknytning till myndighetsåldern. Sambandet bröts år 1974, när myndighetsåldern sänktes till 18 år. Inte heller vid 1977 års alkoholpolitiska beslut ansågs det lämpligt att sänka åldersgränsen till 18 år för inköp i systembutik.

Inom Norden är myndighetsåldern 18 år även i Danmark, Finland och Norge. Åldersgränserna för inköp varierar. *Danmark* har en enhetlig 18-årsgräns. *Finland* har samma regler som Sverige. *Norge* har 20-årsgräns för försäljning i systembutik liksom vid servering av sprit på restaurang, men för öl och vin som serveras på restaurang gäller 18-årsgränsen.

En samordning med myndighetsåldern har alltså inte betraktats som självklar, vare sig i Sverige eller i andra länder.

Vissa skäl talar för en höjning av åldersgränsen för servering av alkohol på restauranger till 20 år, motsvarande vad som gäller för inköp vid systembutiker. Enhetliga regler för all försäljning av starkare alkoholdrycker skulle därmed uppnås. En höjning av åldersgränsen skulle utgöra en viktig markering av att alkoholkonsumtion under uppväxttiden måste motverkas och att alkoholdebuten bör ske så sent som möjligt.

Det inger å andra sidan betänkligheter att inskränka myndiga personers handlingsfrihet utöver vad som redan nu gäller. Åtgärder av det slaget bör inte ske utan att det föreligger mycket starka skäl och att andra åtgärder visat sig verkningslösa. En höjd åldersgräns för servering av alkoholdrycker skulle – som framhållits i den allmänna debatten – kunna få till följd att ungdomar under 20 år utestängs från olika nöjesställen i än högre grad än vad som sker idag. Vidare finns det risk att langningen av alkoholdrycker till ungdomar skulle öka.

Regeringen anser inte att det är nödvändigt att nu förändra gällande åldersgräns vid servering av alkoholdrycker. Åtgärder som är inriktade på att de nuvarande reglerna efterföljs bör först prövas innan restriktionerna skärps. Vi anser således att insatserna bör koncentreras till åtgärder

som tidigare föreslagits i propositionen, nämligen ökad information och opinionsbildning, en aktivare tillsyn av restaurangerna och ökade förebyggande insatser, bl.a. stöd till alkoholfria miljöer och alternativ för ungdomar under fritiden.

10.10 Kommunalisering av tillståndsgivningen

Regeringens bedömning: Regeringen har för avsikt att under 1991 utreda och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av att tillståndsgivning enligt LHD överförs till kommunerna.

Skälen för regeringens bedömning

Gällande rätt: Enligt 58 § LHD meddelas tillstånd till servering av alkoholdrycker av länsstyrelsen i det län där serveringsstället ligger. Tillståndsgivningen omfattar även servering av öl klass II. Av 60 § LHD framgår att i ett ärende om permanent serveringstillstånd skall länsstyrelsen alltid inhämta yttrande från berörd kommunfullmäktige och polismyndighet. I ärenden där obligatorisk remiss till kommunfullmäktige är föreskriven får länsstyrelsen enligt 61 § LHD inte lämna tillstånd om det avstyrks av kommunen. Enligt LHD har länsstyrelsen också tillsynsansvar och kan som enda myndighet vidta sanktioner, bl.a. genom att återkalla tillstånd (64 § LHD).

Inom kommunerna är socialnämnderna lokala tillsynsmyndigheter enligt LHD. Enligt 11 § socialtjänstlagen (1980:620) åligger det socialnämnden att arbeta för att förebygga och motverka missbruk av bl.a. alkohol.

Överväganden: Möjligheten att föra över tillståndsgivningen i alkoholärenden från länsstyrelsen till kommunerna har övervägts tidigare, bl.a. av riksrevisionsverket (1984), alkoholhandelsutredningen (SOU 1985:15) och utredningen om länsstyrelsernas sociala funktion (Ds 1989:9). Vidare har statskontoret år 1990 på uppdrag av Centrala organisationskommittén för en ny regional statlig förvaltning utrett frågan om länsstyrelsernas sociala funktion och dennas resursbehov.

Stockholms socialnämnd har i en skrivelse till socialdepartementet hemställt om en serie förändringar av LHD i syfte att stärka det kommunala inflytande.

Antalet ärenden som gäller permanenta serveringstillstånd och godkännande av föreståndare ökade med 60-70 % under åren 1981-1987. Enligt en av statskontoret genomförd enkät till länsstyrelserna finns det inget som tyder på en minskning av antalet ärenden. Tendensen är snarare ett ökat antal tillståndsärenden. Det råder en stark obalans mellan tillståndsgivning och tillsyn vad gäller länsstyrelsens ärenden enligt LHD. Handläggare av alkoholärenden ägnar cirka 82 % av sin tid åt tillstånds-

givning men endast 18 % åt tillsyn. Det får till följd att antalet sanktioner enligt lagstiftningen blir få.

Det finns flera skäl som talar för en överföring av tillståndsgivningen enligt LHD till kommunerna. För det första kan man anföra principiella skäl mot att tillståndsgivning och tillsyn ligger hos en och samma myndighet. För det andra skulle en sådan överflyttning av tillståndsgivningen ligga i linje med den nya länsstyrelsens uppgifter och funktion. För det tredje skulle den kunna frigöra resurser för länsstyrelsens viktiga tillsynsfunktioner inom området.

Slutligen skulle en kommunalisering av tillståndsgivningen stämma väl överens med de drogöförebyggande uppgifter som enligt socialtjänstlagen (1980:620) åvilar kommunernas socialnämnder. Kommunerna har redan idag vana, kompetens och resurser för denna typ av utredningar, eftersom de gör motsvarande prövningar i samband med remissfasen vid ansökningar av serveringstillstånd enligt LHD.

Regeringen anser således att mycket talar för att överföra tillståndsgivningen enligt LHD till kommunerna. Emellertid finner vi att en serie frågor behöver belysas ytterligare. Det gäller bl.a. huruvida en kommunalisering skulle kunna medföra en alltför stor oenhetlighet i praxis. Behov av förändringar av besvärsordningen för beslut enligt LHD bör också belysas.

Regeringen avser att närmare utreda och analysera förutsättningarna för en kommunalisering av tillståndsgivningen.

10.11 Marknadsföringen av snabbvinsatser

Regeringens bedömning: Frågan om att begränsa marknadsföringen av snabbvinsatser behöver utredas närmare. Detta bör kunna ske inom ramen för den översyn av marknadsföringslagen som planeras.

Socialutskottet förutsätter att regeringen vidtar åtgärder för att begränsa marknadsföringen av snabbvinsatser.

Skälen för regeringens bedömning

De problem som sammanhänger med en begränsning av marknadsföringen av snabbvinsatser liknar dem som skulle uppkomma vid ett förbud mot försäljning av snabbvinsatser. Vi skall därför inledningsvis redogöra för dessa.

Vid traditionell hemtillverkning av vin används vanligen färsk frukt och färska bär. Sedan början av 1970-talet förekommer hemtillverkning av vin med hjälp av s.k. snabbvinsatser som säljs i dagligvaruhandeln, inom färghandeln och i specialbutiker samt genom postorderföretag.

På grundval av olika opinionsundersökningar av IMU och Sifo beräknas hemtillverkningen av vin ha uppgått till ca 20 miljoner liter år 1980, ca

28 miljoner liter år 1982 och till ca 25 miljoner liter åren 1984 och 1988, varav 10-15 miljoner liter antas ha tillverkats av snabbvinsatser. Detta kan jämföras med Systembolagets årliga försäljning av lättvin, som år 1989 uppgick till drygt 97 miljoner liter. Hemtillverkat vin utgör således en inte oväsentlig del av den totala lättvinskonsumtionen.

I samband med 1977 års lagstiftning på alkoholområdet infördes ett förbud mot användningen av extrakt eller koncentrat av saft vid hemtillverkning av vin. Extrakt och koncentrat var de vanligast förekommande typerna av utgångsråvara i snabbvinsatserna. Syftet med förbudet var att markera att hemtillverkningen främst skulle avse att ta tillvara frukt och bär. Förbudet ledde emellertid inte till att snabbvinsatserna försvann. Tidigare använda råvaror ersattes i stor utsträckning av råsaft.

Frågan om ett generellt förbud mot försäljning av snabbvinsatser har diskuterats i riksdagen vid flera tillfällen. Förutom en rad motionsyrkanden har riksdagen också behandlat ett regeringsförslag (prop. 1980/81:91) som syftade till att helt förbjuda försäljning och användning av snabbvinsatser. Tekniskt var förslaget utformat så att i lagen (1977:292) om tillverkning av drycker, m.m. (LTD) skulle införas en ny 19 a § med bestämmelser om förbud mot saluhållande av sampackade råvaror och beredningsämnen för vintillverkning. Vidare föreslogs den ändringen av 10 § LTD att endast färska eller torkade frukter, bär, rabarber eller druvor skulle få användas vid hemtillverkning av vin. I enlighet härmed skulle inköpt saft, juice, koncentrat eller dylikt inte kunna användas vid hemtillverkning av vin men väl sådan saft som hemtillverkaren framställer som ett led i vintillverkningen. Genom de föreslagna ändringarna, som också innefattade straffsanktioner, och med tillämpning av marknadsföringslagens bestämmelser ansågs det vara möjligt att i huvudsak stoppa försäljningen av snabbvinsatser. Som en säkerhetsåtgärd föreslogs att socialstyrelsen vid behov skulle kunna utfärda föreskrifter som förhindrade användningen av bl.a. beredningsämnen som avbryter jäsningsprocessen eller påskyndar vinets klarning. Om det skulle visa sig erforderligt att ytterligare skärpa åtgärderna mot snabbvinstillverkningen skulle socialstyrelsen också kunna förbjuda användningen av särskilda smaktillsatser vid hemtillverkning av vin.

Propositionsförslaget godtogs emellertid inte (SkU 1980/81:23, rskr. 184). Som skäl angavs bl.a. att de föreslagna formerna för förbudet inte var lämpliga. Det framhölls särskilt att det av rättssäkerhetsskäl borde undvikas att på det sätt som föreslagits överlåta åt socialstyrelsen att i administrativ ordning fastställa lagens räckvidd. Riksdagen ansåg inte heller att motiven för ett förbud mot snabbvinsatser var så starka att det var försvarligt att tillgripa en så komplicerad och svårkontrollerad lagstiftning som den föreslagna.

Riksdagen har även senare avvisat yrkanden om förbud mot snabbvinsatser (SkU 1984/85:1, 1985/86:1, 1986/87:4, 1987/88:5 och 1987/88:22). I utskottsbetänkandena har bl.a. framhållits svårigheterna att med bibehållen rätt till hemtillverkning i övrigt förbjuda eller beskatta vinsatserna.

De invändningar som kan riktas mot snabbvinstillverkningen träffar i och för sig också delvis den traditionella hemtillverkningen av vin. Det är emellertid här fråga om en verksamhet som bl.a. är motiverad av intresset att ta till vara frukt och bär. Den traditionella vintillverkningen är också förhållandevis omständlig och kräver viss sakkunskap.

Vill man förbjuda försäljningen av snabbvinsatser uppstår det problemet att alla eller flertalet av de komponenter som ingår i snabbvinsatserna normalt finns att köpa separat i de butiker som tillhandahåller tillbehör för traditionell hemtillverkning. I och för sig är det möjligt att, som föreslogs i 1980/81 års proposition, införa ett förbud mot saluhållande av förpackningar där flera olika råvaror eller beredningsämnen ingår. Det kan antas att snabbvinstillverkningen då skulle komma att minska åtminstone till någon del. Det finns emellertid en klar risk för att en sådan begränsad förbudslagstiftning kunde kringgås så lätt att den skulle framstå som meningslös. Ett förbud mot sammanhållna snabbvinsatser skulle därför behöva kompletteras med förbud mot separat saluhållande av sådana råvaror och ämnen som behövs för snabbvinstillverkning. Detta var också innebörden av 1980/81 års proposition. Det är emellertid förenat med stora svårigheter att i lagtext formulera ett sådant förbud, om man bl.a. vill undvika att träffa den traditionella hemtillverkningen av vin.

I socialutskottets betänkande (SoU1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. betonas att hemtillverkningen av vin innebär stora problem och att marknadsföringen av snabbvinsatser ter sig olycklig ur alkoholpolitisk synpunkt. Utskottet förutsätter att regeringen vidtar åtgärder för att begränsa marknadsföringen av snabbvinsatser.

Även om snabbvinstillverkningen inte längre ökar som tidigare är det ändå fråga om ett beaktansvärt alkoholpolitiskt problem. Att det är förhållandevis stora kvantiteter vin som tillverkas på detta sätt tycks vara obestridligt. Tillverkningen ligger helt utanför alkoholmonopolet och de styrmedel som regelsystemet ger för att begränsa alkoholkonsumtionen. Det finns heller inget hinder för ungdomar att köpa snabbvinsatser.

Vi anser därför att det finns starka skäl som talar för att frågan om en begränsning av marknadsföringen av snabbvinsatser bör prövas. Det är här frågan om främst tidningsannonsering och reklambroschyrer från postorderföretag och vidare skyltning och varuexponering i butiker. De begränsningar som finns rörande marknadsföringen av alkoholdrycker är härvid av intresse.

Regeringen lade år 1973 fram ett förslag (prop. 1973:123) till ändring i 1 kap. 9 § tryckfrihetsförordningen. Detta ändringsförslag, som bifölls av riksdagen, innebar att en möjlighet öppnades att utan hinder av tryckfrihetsförordningen förbjuda kommersiell annonsering vid marknadsföringen av alkoholdrycker (KU 1973:23, rskr. 229, KU 1974:2, rskr. 1974:10).

Annonsering och annan marknadsföring som avser alkoholdrycker och som vänder sig till konsumenter regleras sedan den 1 juli 1979 genom lagen (1978:763) med vissa bestämmelser om marknadsföring av alko-

holdrycker (alkoholreklamlagen). Lagen har som grundregel att särskild måttfullhet skall iakttas vid marknadsföringen av alkoholdrycker, dvs. spritdrycker, vin, starköl och öl. Reklam- eller andra marknadsföringsåtgärder får inte vara påträngande eller uppsökande och får inte uppmana till bruk av varorna. Tidningsannonsering för spritdrycker, vin och starköl är inte tillåten, utom i fråga om skrifter som tillhandahålls enbart på försäljningsställen inkl. serveringsställen. Alkoholreklamlagen anknyter till marknadsföringslagen (1975:1418). Tillämpningen handhas alltså av konsumentombudsmannen och marknadsdomstolen. Handlingar som strider mot föreskrifterna i alkoholreklamlagen skall vid tillämpning av marknadsföringslagen anses vara otillbörliga mot konsumenterna och skall därigenom beivras enligt marknadsföringslagens regler.

I regeringens proposition (1986/87:151) om ändringar i tryckfrihetsförordningen m.m., s. 53, uttalade föredragande statsrådet att undantaget i tryckfrihetsförordningen rörande förbud mot kommersiell reklam för alkohol och tobak i tryckta skrifter tillkom för att undanröja tveksamheter om sådana generella förbud är förenliga med tryckfrihetsförordningen. Enligt statsrådets mening bör man göra detsamma, om andra reklam-begränsande åtgärder av denna art skulle aktualiseras.

Marknadsföringen av snabbvinsatser för hemtillverkning av vin omfattas inte av alkoholreklamlagen, eftersom lagen avser "färdiga alkoholdrycker". Något förbud mot annonsering om snabbvinsatser föreligger således inte. Däremot kan frågan huruvida en viss marknadsföringsåtgärd beträffande snabbvinsatser är otillbörlig och därför bör förbjudas prövas med tillämpning av marknadsföringslagen.

Marknadsdomstolen förbjöd med stöd av marknadsföringslagen i en dom år 1983 marknadsföring av utrustning m.m. för hemtillverkning av vin genom reklam direkt adresserad till personer under 20 år.

Alkoholhandelsutredningen angav i sitt slutbetänkande (SOU 1986:35) Handel med teknisk sprit m.m. att man hade övervägt frågan om en begränsning av marknadsföringen av snabbvinsatser och tillbehör för vintillverkning. I betänkandet anfördes bl.a. att det från vissa håll gjorts gällande att denna marknadsföring är utmanande och påträngande. Utredningen hade emellertid vid sina kontakter med bl.a. företrädare för konsumentverket inte kunnat få belägg för att marknadsföringen skulle vara särskilt omfattande. Utredningen framhöll dock att det av alkoholpolitiska skäl är angeläget att den begränsas så långt det är möjligt. För att konsumentmyndigheterna skall få större möjligheter att ingripa kunde det enligt utredningen övervägas att utvidga tillämpningsområdet för alkoholreklamlagen. Enligt utredningen var det tänkbart att låta åtminstone en del av lagens bestämmelser omfatta även marknadsföring av snabbvinsatser och tillbehör för vintillverkning. I betänkandet anfördes häremot att företrädare för konsumentverket uppgett att en sådan lagändring inte skulle få någon nämnvärd praktisk betydelse och att de möjligheter som marknadsföringslagen redan ger var tillräckliga för att komma till rätta med de missförhållanden som finns. Mot den bakgrunden avstod utredningen från att föreslå någon ändring i alkoholreklamlagen.

Alkoholhandelsutredningens betänkande remissbehandlades. Konsumentverket anförde i sitt remissvar att verket ansåg att möjligheten att ingripa med stöd av marknadsföringslagen är tillräcklig för att komma till rätta med de eventuella missförhållanden som kan förekomma vid marknadsföringen av snabbvinsatser.

Som tidigare nämnts delar regeringen socialutskottets uppfattning i frågan om marknadsföringen av snabbvinsatser. Eventuella åtgärder mot denna marknadsföring inrymmer dock många outredda frågor. Marknadsföringens omfattning och inriktning är inte närmare belyst. På samma sätt som vid ett eventuellt förbud mot försäljning av snabbvinsatser uppkommer svårigheter att i lagtext definiera vad ett marknadsföringsförbud skall omfatta. Det uppstår även gränsdragningsproblem i förhållande till beredningsämnen och tillbehör som används vid den traditionella hemtillverkningen av vin där frukt och bär används.

Även om definitionsproblemen löses torde ett tillägg i alkoholreklamlagen enbart kunna omfatta grundregeln om särskild måttfullhet och det område som inte skyddas av tryckfrihetsförordningen. Exempelvis skulle skyltning och varuexponering som är påträngande kunna förhindras. En mer omfattande begränsning av marknadsföringen av snabbvinsatser synes kräva en ändring i tryckfrihetsförordningen.

Det som vi nu har redovisat leder fram till slutsatsen att frågan om en begränsning av marknadsföringen av snabbvinsatser kräver ytterligare beredning. Regeringen kommer inom kort att fatta beslut om en översyn av marknadsföringslagen (1975:1418). Det framstår som naturligt att frågan om en begränsning av marknadsföringen av snabbvinsatser uppmärksammas i detta sammanhang.

10.12 Otillåten sprittillverkning

Regeringens bedömning: Regeringen avser att uppdra åt rikspolisstyrelsen att i samarbete med socialstyrelsen och riksåklagaren undersöka möjligheterna att inom ramen för gällande lagstiftning förstärka insatserna mot hembränning och annan illegal sprittillverkning samt föreslå åtgärder i detta syfte.

Utredningsförslag: Alkoholhandelsutredningen föreslog ett tillståndssystem för hantering av aktivt kol så att tillverkning, överlåtelse och import skulle kräva tillstånd.

Socialutskottet anser att åtgärder snarast bör vidtas för att motverka hembränning.

Remissynpunkter: Alkoholhandelsutredningens betänkande har remissbehandlats. Flertalet remissinstanser tillstyrkte utredningens förslag om krav på tillstånd för att hantera aktivt kol, dock utan att göra några utförliga kommentarer. Några tillstyrkte med vissa förbehåll. Socialstyrelsen delade utredningens uppfattning men ansåg att det är en brist att

utredningen inte närmare utrett och redovisat vilken omfattning handeln med aktivt kol har. Man kan därför inte bedöma vilken omfattning tillståndsgivningen beträffande aktivt kol kan komma att få.

Näringsfrihetsombudsmannen hade inget att invända mot förslaget förutsatt att utformningen av reglerna och tillståndsprövningen inte innebär att en del tillverkare eller försäljare av aktivt kol konkurrensmässigt kommer i ett sämre läge än andra. Fem instanser (general tullstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län och Sveriges Grossistförbund) avstyrkte förslaget med motiveringen att ett sådant system skulle innebära en avsevärd byråkratisering utan att den tilltänkta begränsningen skulle kunna garanteras.

Skälen för regeringens bedömning

Gällande rätt: Enligt 7 § LTD får sprit inte tillverkas utan tillstånd. Spritdrycker får enligt 8 § LTD tillverkas endast av VIN & SPRIT AB. Den som tillverkar sprit utan tillstånd kan med stöd av 27 § LTD straffas med upp till två års fängelse eller, om brottet är grovt, med fängelse i högst fyra år. Med olovlig sprittillverkning jämföras i straffhänseende olovlig renaturering av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat enligt 10 § lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat.

Det krävs – med vissa undantag – tillstånd att tillverka, överlåta eller inneha eller till landet införa apparat som kan användas för tillverkning av sprit (18 § LTD). Överträdelse av tillståndskravet är straffsanktionerad.

Den som innehar aktiverat (aktivt) kol eller annat renings- eller filteringsmedel får inte överlåta detta, om han har insett eller bort inse att varan skulle komma att användas vid rening eller filtrering av olovligen tillverkad sprit eller vid obehörigt borttagande eller försvagande av denatureringsmedel i sprit eller alkoholhaltigt preparat (19 § LTD). Den som bryter mot denna bestämmelse döms till böter eller fängelse i högst ett år (31 § LTD).

Utvecklingen av hembränning

Kunskapen om utvecklingen och omfattningen av hembränning är ofullständig och osäker. I CANs Rapport 89 – Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige redovisas undersökningar som sökt belysa utvecklingen av den olagliga sprittillverkningen. Sifo har sedan 1982 årligen genomfört s.k. konsumtionsvaneundersökningar. Andelen personer som uppgett att de under de senaste 12 månaderna druckit hembränd sprit var 11 % år 1974, 7 % år 1976, 10 % år 1980, 14 % år 1982, 13 % år 1985, 14 % år 1989 och 11 % år 1990.

Det är påtagliga skillnader mellan mäns och kvinnors konsumtion av hembränd sprit. Av männen uppgav vid 1989 års undersökning 20 % att

de druckit hembränd sprit de senaste 12 månaderna. Av kvinnorna var det 8 %. Också mellan olika åldersgrupper föreligger betydande skillnader. I åldersgruppen 18-29 år har 26 % druckit hembränd sprit mot endast 6 % i gruppen 50-60 år.

Det är svårt att dra några säkra slutsatser om hembrännings omfattning och utveckling i Sverige. De olika undersökningar som genomförts indikerar dock en viss ökning från mitten av 1970-talet till början av 1980-talet. Under senare år tycks dock situationen ha varit relativt stabil.

Initiativ mot hembränning

Riksdagen har vid olika tillfällen behandlat motioner som berör hembränning. Socialutskottet erinrade i sitt yttrande till skatteutskottet (SoU 1987/88:1y) om alkoholhandelsutredningens förslag till skärpning av reglerna för hantering av aktivt kol. Utskottet utgick från att regeringen skulle överväga om det var möjligt att skärpa reglerna enligt alkoholhandelsutredningens förslag. Vidare ansåg utskottet att regeringens råd för alkohol- och narkotikafrågor (AN-rådet) borde behandla frågan om hembränningen. Skatteutskottet instämde i socialutskottets uppfattning (SkU 1987/88:5 s. 19).

I socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. behandlas åter frågan om hembränning. Regeringen bör nu, enligt utskottets mening, snarast vidta åtgärder för att motverka hembränningen. Riksdagen har beslutat att som sin mening ge regeringen till känna vad socialutskottet anför bl.a. i frågan om hembränning.

Som tidigare nämnts tillsatte regeringen hösten 1986 en särskild beredningsgrupp (Boman-gruppen) för att intensifiera och utveckla opinionsbildande insatser inom det alkoholpolitiska området. I gruppens uppgift ingick också att genom opinionsbildande insatser motverka den illegala tillverkningen av alkoholdrycker. Boman-gruppen genomförde under våren 1988 en informations- och mediainsats för att fästa uppmärksamhet på och öka förståelsen för den svenska alkoholpolitiken.

Regeringens särskilda satsning inom alkoholområdet intensifierades ytterligare i och med att Boman-gruppen i början av 1989 ersattes av en ny arbetsgrupp, den s.k. Athena-gruppen. Även Athena-gruppen har genomfört informations- och mediainsatser för att öka kunskapen om och förståelsen för den svenska alkoholpolitiken.

Överväganden: Regeringen delar alkoholhandelsutredningens liksom skatte- och socialutskottens uppfattning att den olovliga sprittillverkningen utgör ett stort problem på alkoholområdet. I likhet med alkoholhandelsutredningen anser vi att straffbestämmelserna i dag är så pass stränga att det inte finns skäl till ytterligare skärpning av påföljderna vid brott mot bestämmelserna enligt LTD.

Det finns flera viktiga områden där aktivt kol är betydelsefullt, t.ex. vid rening av luft och vatten m.m. Det går inte heller att bortse från att det

uppenbarligen finns relativt omfattande legala behov av aktivt kol för rening i hushåll. Ett tillståndssystem skulle medföra att ett mycket stort antal återförsäljare måste ges tillstånd. Därtill krävs preciserade kriterier för vilka förutsättningar som bör vara uppfyllda för att tillstånd skall kunna ges. Därutöver krävs en omfattande kontrollapparat för att förhindra överträdelser. Det finns stor risk för att man därvid får en utökad byråkratisk kontroll utan att uppnå större effekt än den som går att nå med nuvarande bestämmelser.

Enligt regeringens bedömning bör de nuvarande reglerna enligt LTD kunna utgöra grund för aktiva insatser mot hembränning och annan illegal tillverkning av sprit. En förutsättning för att bestämmelserna mot olovlig sprittillverkning skall fungera är att berörda myndigheter aktivt inriktar sina insatser mot att bekämpa den illegala tillverkningen av sprit. Regeringen avser att ge rikspolisstyrelsen i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen undersöka möjligheterna att inom ramen för gällande lagstiftning förstärka insatserna mot hembränning och annan illegal sprittillverkning, särskilt den storskaliga, samt föreslå åtgärder i detta syfte. Folkhälsoinstitutet bör även uppmärksamma hembränningen i sin opinionsbildande verksamhet.

10.13 Missbruk av tekniska alkoholprodukter

Regeringens bedömning: Läkemedelsverket bör ges i uppdrag att utreda hur branschöverenskommelsen om överdiskförsäljning av enlitersförpackningar av T-röd och liknande produkter har fungerat, dess effekt på missbruket av tekniska alkoholprodukter och om lagstiftningsåtgärder är nödvändiga.

Utredningsförslag: Socialstyrelsen föreslår att det i lag skall regleras att T-röd och liknande produkter endast skall få säljas över disk. Vidare föreslås att försäljningsförbudet i 7 § lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat (LFTA) förtydligas så att det av lagen framgår att tekniska alkoholprodukter inte får säljas till personer som är märkbart påverkade av alkohol eller andra berusningsmedel eller om det av någon annan anledning, t.ex. vederbörandes uppträdande eller liknande, kan antas att varan kan komma att användas i berusningssyfte.

Läkemedelsverket, som den 1 juli 1990 övertog kontroll- och tillsynsansvaret enligt LFTA från socialstyrelsen, anser att styrelsens förslag är behövliga.

Bakgrund och gällanderätt: Anledningen till att etanol i så stor utsträckning används för tekniska ändamål är att den i flera avseenden är överlägsen andra jämförbara produkter. Etanol är relativt billig. Den är ett mycket bra och i vissa fall svårersättligt lösningsmedel. Dessutom har etanol en god desinfektionsförmåga och svag lukt. Den avdunstar snabbt och är i förhållande till andra lösningsmedel vanligtvis mindre toxisk.

Den dåvarande tillsynsmyndigheten kontrollstyrelsen beslöt år 1966 att införa s.k. T-sprit. Den skulle ersätta röd- och blåsprit som hade funnits i handeln sedan år 1930. Missbruket av röd- och blåsprit bedömdes vid denna tid vara relativt begränsat. T-spriten fick därför något lindrigare denaturering. Avsikten var att den skulle ersätta åtskilliga specialdenatureringar samtidigt som den utan olägenhet skulle kunna användas för olika hushålls- och hantverksändamål. Denna avsikt uppfylldes men samtidigt visade det sig att T-spriten blev begärlig bland tyngre missbrukare. Motåtgärder vidtogs efter hand, bl.a. skärptes denatureringen. Uppgifterna om missbruk kvarstod dock och från vårdhåll framhölls att T-spriten vållade missförhållanden bland intagna på institutioner för missbrukare. Med hänsyn till detta och till uppgifter från läkarhåll att missbruket började sprida sig till yngre åldersgrupper beslöts att T-spriten fr.o.m. den 1 april 1974 inte fick levereras till den allmänna handeln för försäljning.

T-spriten kom att ersättas av en rad olika preparat för allmän användning i hushållen och för speciella ändamål. Partihandelsbolagets dotterbolag, Kemetyl AB, införde således T-röd, som framför allt kom att ersätta T-sprit i hushållen och som brännvätska. T-röd var starkare denaturerad än T-sprit. Under årens lopp har T-röds denaturering ändrats flera gånger för att motverka missbruk. Dessa ändringar har endast temporärt haft en viss effekt.

Eftersom monopol inte längre förelåg har dessutom flera företag i konkurrens med Kemetyl AB infört en rad likartade produkter. Handelsnamn för T-röds konkurrentprodukter är Dex-röd, Röda Hanen Universal, K-röd, Petro Röd, Sveditol Universal, X-ut Röd och Combi. Dessa preparats alkoholhalt ligger mellan 60 och 85 viktprocent, och de har en relativt likartad sammansättning. Produkterna är främst avsedda att användas som rengörings-, lösnings- och frostskyddsmedel samt som brännvätska. Det är framför allt dessa preparat som blivit föremål för missbruk.

Enligt LFTA krävs, med vissa undantag, tillstånd för försäljning och inköp av teknisk sprit. Handeln med alkoholhaltiga preparat är i princip fri. Alkoholhaltiga preparat får dock normalt inte säljas utan att först ha denaturerats på ett sätt som läkemedelsverket föreskrivit eller godkänt. Detta innebär i praktiken att det inte är möjligt att sälja ett visst preparat utan föregående prövning och godkännande av läkemedelsverket. I 7 § LFTA sägs att teknisk sprit eller alkoholhaltigt preparat inte får

tillhandahållas om det finns "särkild anledning" att anta att varan är avsedd att användas i berusningssyfte.

I detaljhandeln säljs i dag bl.a. brännvätskor och karburatorsprit, som definitionsmässigt är att anse som teknisk sprit, utan att vare sig försäljare eller konsumenter avkrävs tillstånd. För dessa produkter har i praxis endast krävts denaturering och godkännande som för alkoholhaltiga preparat. Det har ansetts att distributionen och användningen av dessa produkter skulle försvåras alltför mycket, om det skulle krävas tillstånd vid varje överlåtelse. Detaljhandeln med bl.a. T-röd och liknande produkter sker således utan att vare sig försäljnings- eller inköpstillstånd krävs.

Socialstyrelsen har träffat en överenskommelse med olika branschorganisationer om att T-röd och liknande produkter i enlitersförpackningar fr.o.m. den 1 juli 1990 endast får säljas över disk.

Överväganden: I regeringens uppdrag till socialstyrelsen rörande åtgärder med anledning av missbruk av tekniska alkoholprodukter ingick bl.a. att bedöma om det är möjligt att ytterligare förbättra denatureringen eller finna ersättningsprodukter med mindre missbruksrisk.

Socialstyrelsen har i rapporten Åtgärder mot missbruk av tekniska alkoholprodukter framhållit följande. Alkoholpolitiska utredningen angav i sitt betänkande (SOU 1974:91, s. 429) att denaturering skulle ske på sådant sätt att de tekniska alkoholprodukterna om möjligt blev obrukbara för förtäring utan att den legala användningen av produkten försvårades och utan att de vid eventuell förtäring blev hälsovådliga. Vid val av denatureringsmedel måste man därför enligt socialstyrelsen väga svårforcerliga intressen mot varandra. Risker för missbruk får vägas mot arbetshygieniska, tekniska och industriella intressen. Endast undantagsvis går det att göra en teknisk alkoholprodukt obrukbar för förtäring utan att den legala användningen försvåras eller att produkten blir hälsovådlig vid eventuell förtäring.

Enligt socialstyrelsen har det från vissa håll förts fram krav på att kraftigare denaturering borde föreskrivas och t.o.m. att gifter som metanol borde användas som denatureringsmedel. Om kraftigare denaturering skall användas måste principerna för denaturering ändras. I förordningen (1985:840) om vissa hälso- och miljöfarliga produkter m.m. stadgas att högst 5 % metanol får ingå i bilvårdsmedel. Anledningen härtill är att man vill förhindra förgiftningsfall. Även bortsett från denatureringsprinciperna medför detta stadgande att det svårligen går att föreskriva högre metanolhalt för andra produkter som innehåller alkohol.

År 1986 påbörjade socialstyrelsen en utredning för att finna bättre denatureringsmedel. Denna kom fram till att det finns ett antal kemiska föreningar som vid behov eventuellt kan ersätta de nuvarande denatureringsmedlen. Man fann dock inget medel som radikalt kan förbättra denatureringen i de produkter som för närvarande missbrukas mest.

Socialstyrelsen föreslår inga ändringar vad gäller denaturering. Bevakningen av denatureringsfrågan behöver dock skärpas. Överenskommelsen med branschorganisationerna innebär nämligen en risk för ett ökat missbruk av andra preparat än dem som omfattas av överenskommelsen. Om så blir fallet bör enligt socialstyrelsen frågan om denaturering prövas på nytt. T.ex. skulle etanolen i karburatorskydd eller spolarvätskor helt eller delvis kunna bytas ut mot isopropylalkohol.

Regeringen anser att de nuvarande principerna för denaturering har goda skäl för sig och för närvarande inte bör ändras. Man bör dock fortsätta ansträngningarna att hitta effektiva denatureringsmedel och ersättningsprodukter med mindre missbruksrisk. Vi utgår från att läkemedelsverket, som numera är tillsynsmyndighet, kontinuerligt bevakar dessa frågor.

Socialstyrelsen gjorde hösten 1989 en mindre utvärdering av överenskommelsen om överdiskförsäljning av T-röd och liknande produkter. Läkemedelsverket har i januari 1991 gjort en liten uppföljning av effekterna av överenskommelsen. Dessa undersökningar har visat att överenskommelsen fungerat bra på en del håll och mindre bra på andra, resp. att den inte synes ha haft någon effekt på missbruket.

De nämnda undersökningarna har varit av tämligen begränsad omfattning. Enligt regeringens mening bör man göra en större utvärdering av överenskommelsen om överdiskförsäljning för att bättre klarlägga om det finns behov av lagstiftning. Regeringen avser därför att uppdra åt läkemedelsverket att göra en sådan utvärdering.

Vad gäller förslaget om ett förtydligande av försäljningsförbudet i 7 § LFTA konstaterar regeringen att den föreslagna formuleringen i allt väsentligt torde avse sådana omständigheter som utgör särskild anledning att anta att den tekniska alkoholprodukten är avsedd att användas i berusningssyfte. Något behov att ändra den nuvarande lydelsen av lagrummet kan därför inte anses föreligga.

11.1 Inledning

Tobaksbrukets negativa effekter på människors hälsa har beskrivits i olika sammanhang. Ungefär vart tionde dödsfall i Sverige (10 000-12 000 per år) beräknas ha samband med rökning. Rökning har framför allt betydelse för olika cancertyper, särskilt lungcancer, samt för hjärt- och kärlsjukdomar, allergi, emfysem, kronisk bronkit och luftvägsinfektioner. Även användning av snus innebär hälsorisker.

Luftföroreningar av tobaksrökning har också visats ha negativa hälsoeffekter. Rökningens utbredning gör att en stor del av befolkningen utsätts för tobaksrök i miljön, s.k. passiv rökning, vilket har negativa effekter ur folkhälsosynpunkt. Undersökningar visar t.ex. att barn till rökande föräldrar oftare drabbas av infektionssjukdomar i luftvägarna än barn till föräldrar som inte röker. Vidare beräknas passiv rökning ha betydelse för ett par procent av lungcancerfallen årligen i vårt land.

Världshälsoorganisationen (WHO) har slagit fast att ingen annan enskild förebyggande åtgärd i i-länderna kan bidra mera till en förbättrad folkhälsa än minskad tobaksrökning. Olika åtgärder för att begränsa tobakens skadeverkningar har också genomförts i vårt land. Detta arbete började i mitten av 1960-talet, när staten första gången avsatte särskilda medel för information om tobakens skadeverkningar.

Erfarenheterna har visat att det är möjligt att påverka tobaksvanorna, men trots positiva förändringar röker fortfarande omkring en fjärdedel av den vuxna befolkningen. Till detta kommer en ökad användning av snus främst bland unga män.

Tobakskonsumtionen är således trots de ansträngningar som gjorts för att minska användandet fortfarande oroande hög ur hälsosynpunkt. Detta förhållande har också många gånger uppmärksammats i riksdagen bl.a. i form av motioner. Lagutskottet föreslog i sitt betänkande (LU 1987/88:13) att regeringen skulle ges i uppdrag att utreda vilka konsekvenser ett förbud mot annonsering av tobaksvaror skulle få. Riksdagen biföll utskottets hemställan. År 1987 antog vidare Nordiska rådet två rekommendationer enligt följande:

1. Nordiska rådet rekommenderar Nordiska ministerrådet att utreda restriktiva regler i Norden innebärande exempelvis

- a) begränsning av rökning i offentliga lokaler och på offentliga kommunikationsmedel,
- b) förbud mot tobaksreklam och
- c) märkning av tobaksprodukter.

2. Nordiska rådet rekommenderar de nordiska ländernas regeringar att på internationellt plan verka för restriktivare regler för tobakskonsumtion.

Mot bakgrund av dels kunskapen om tobakens hälsorisker, dels nys redovisade framställningar från riksdagen och Nordiska rådet beslöt regeringen i maj 1988 att tillsätta en särskild utredning för att utreda och

lämna förslag till olika åtgärder för att ytterligare begränsa tobaksbruket och därigenom förebygga tobakens skadeverkningar.

Utredningen som antog namnet tobaksutredningen överlämnade i mars 1990 sitt betänkande Tobakslag (SOU 1990:29). Betänkandet har remissbehandlats.

Tobaksbrukets negativa effekter för hälsan har under senare tid även behandlats av allergiutredningen, av Folkhälsogrupperna och i socialstyrelsens folkhälsorapport.

Allergiutredningen som överlämnade sitt betänkande (SoU 1989:76) till regeringen i november 1989 framhöll att en av de viktigaste faktorerna för att åstadkomma en god inomhusmiljö är rökfria lokaler. Särskilt framhölls betydelsen av lagstadgad skyldighet att hålla offentliga lokaler, transportmedel och arbetslokaler fria från cigarettök. Folkhälsogrupperna överlämnade sina förslag för att minska bruket av tobak till den då pågående tobaksutredningen. Förslagen går helt i linje med de förslag denna utredning senare lade fram. Även i den folkhälsorapport som socialstyrelsen nyligen överlämnat till regeringen framhålls tobaksbrukets negativa konsekvenser för hälsan. Däri framhålls betydelsen av ett samlat åtgärdsprogram med brett samhällsstöd.

11.2 Tobaksbruket i ett folkhälsoperspektiv

11.2.1 Tobaksvanornas utveckling

Bruket av tobak kom till Sverige för flera hundra år sedan. Först efter andra världskriget blev dock cigarettökning den vanligaste formen av tobaksbruk i vårt land.

Rökningen bland svenska män ökade under första delen av 1900-talet. I mitten av 1960-talet var ungefär hälften dagligrökare. Utvecklingen bröts omkring år 1970 varefter andelen rökare har minskat. År 1989 var ca 25 % av männen (16 år och äldre) dagligrökare. Härtill kom 5-10 % som rökte tillfälligt och 21 % som snusade. Sedan slutet av 1960-talet har bruket av snus ökat efter en nästan oavbruten nedgång sedan mitten av 1920-talet. Ökningen har huvudsakligen ägt rum bland pojkar och yngre män.

Rökningen bland kvinnor ökade främst under 1950- och 1960-talen. Sedan slutet av 1970-talet minskar rökningen nu också bland kvinnorna. År 1989 var 26 % av kvinnorna dagligrökare. Till detta kom 5-10 % som rökte tillfälligt. Bruket av snus har hittills inte blivit vanligt bland kvinnorna (2 % år 1989).

Bland män är rökning mest utbredd bland medelålders och äldre, medan yngre röker i betydligt mindre utsträckning. Bland kvinnor är rökning förhållandevis sällsynt bland de allra äldsta och mest utbredd i åldrarna 25-44 år. Bland yngre är rökning därför i dag mer vanlig bland kvinnor än bland män. Snusandet är numera mest utbrett bland yngre män, något

som står i skarp kontrast till situationen för några decennier sedan då nästan uteslutande äldre män snusade.

Rökvanorna har utvecklats olika i olika samhällsgrupper. Rökningen var tidigare mest utbredd i de "högre" socio-ekonomiska grupperna, dvs. bland personer med lång utbildning och hög inkomst. I synnerhet gällde detta kvinnor där rökningen främst vann insteg bland socialt och ekonomiskt självständiga grupper. Situationen har ändrats drastiskt under senare år. Både bland män och kvinnor gäller att rökningen minskat främst i grupper med lång utbildning och hög inkomst. Rökningen är nu mest utbredd bland grupper med kort utbildning och låg inkomst.

Ungdomars rökvanor har påverkats i positiv riktning, men tecken finns som tyder på att utvecklingstrenden vänt. Att rökningen totalt sett minskat beror till största delen på att en allt större del av de uppväxande generationerna förblir rökfria och att den genomsnittliga åldern för rökdebut förskjuts uppåt. Under 1970-talet minskade andelen rökare bland barn och ungdomar kraftigt. Årliga undersökningar av skolelevernas drogvanor tyder dock på att rökningen nu åter ökar bland barn och ungdomar. År 1990 uppgav sig 20 % av pojkarna och 31 % av flickorna vara rökare. Motsvarande siffror år 1985 var 16 % bland pojkarna och 21 % bland flickorna. Det bör dock observeras att det inte enbart rörde sig om daglig-rökare, utan att även tillfällighetsrökare ingick. Flera studier tyder på att rökning bland ungdomar liksom bland vuxna skiljer sig åt mellan olika grupper. Det är således betydligt vanligare i dag att elever på de korta, yrkesinriktade gymnasielinjerna röker än det är på de längre, mera teoretiskt inriktade linjerna.

11.2.2 Tobaksbruk i ett hälsopolitiskt perspektiv

Sverige tillhör de länder som anslutit sig till WHO:s mål om Hälsa för alla år 2000 (HFA-2000). År 1984 antog medlemsländerna i WHO:s Europaregion 38 mål för HFA-2000. Målen skall vara bestämmande för nationella hälsopolitiska strategier. Vissa mål går ut på att uppnå förändrade levnadsvanor. I ett av målen (nr 16) omnämns direkt behovet av minskat tobaksbruk, och det föreslås att varje medlemsland skall sätta upp klara etappmål, t.ex. att 80 % av befolkningen skall vara rökfri och att den nationella konsumtionen skall minskas med 50 % från den tidpunkt när målen antogs, dvs. år 1984, till år 1995. Sverige har också ställt sig bakom WHO:s Europaregions beslut att under de närmaste åren genomföra en samordnad insats mot tobaken. Den europeiska aktionsplanen har många beröringspunkter med det åtgärdsprogram mot cancer som utarbetats inom EG. Även detta program lägger stor vikt vid åtgärder för minskat tobaksbruk.

De hälsopolitiska principerna i de internationella handlingsprogrammen stämmer väl överens med den svenska nationella hälsopolitik som utformats och antagits genom riksdagens godkännande av regeringens proposition om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. (prop. 1984/85:181). Här framhålls behovet av en samlad folkhälsopolitik för att

forma ett samhälle där riskerna för ohälsa, utslagning och isolering bekämpas. I en offensiv hälsopolitik skall hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa ses i ett perspektiv som omfattar såväl hälsorisker i det omgivande samhället som de risker som är relaterade till den enskilda individens livsstil.

11.3 Tidigare åtgärder i Sverige och åtgärder i andra länder

11.3.1 Sverige

Som vi nämnde inledningsvis ställdes statliga medel till förfogande för upplysning om tobakens skadeverkningar för första gången år 1964. På uppdrag av regeringen tillsatte socialstyrelsen år 1971 en särskild utredning för att belysa tobakens skadeverkningar och lämna förslag till åtgärder. Utredningens slutrapport Tobaksrökning publicerades år 1973. Även om det inte lades fast något helhetsprogram på basis av utredningens förslag, förverkligades ändå vissa förslag. Bl.a. tillsattes en särskild utredning år 1974 för att konkretisera förslagen om varningstexter på tobaksvaror och förbud mot tobaksreklam och en lag (1975:1154) om varningstext och innehållsdeklaration på tobaksvaror trädde i kraft den 1 januari 1977. Den 1 juli 1979 trädde en lag (1978:764) med vissa bestämmelser om marknadsföring av tobaksvaror i kraft. Enligt denna skall, med hänsyn till de hälsorisker som är förbundna med bruk av tobak, särskild måttfullhet iakttas vid marknadsföring av tobaksvaror. Lagen kompletteras med riktlinjer som utfärdas av konsumentverket efter samråd med socialstyrelsen. År 1977 tillsatte regeringen en parlamentarisk tobakskommitté. Dess uppdrag var att utarbeta ett program för att nedbringa tobakskonsumtionen och motverka dess skadeverkningar. Kommittén avlämnade 1978 ett delbetänkande, Rökfria miljöer (Ds S 1978:7), och 1981 sitt slutbetänkande Minskat tobaksbruk (SOU 1981:18). Som resultat av kommitténs förslag gav regeringen arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen i uppdrag att i samråd utarbeta rekommendationer om begränsning av tobaksrökning i lokaler av gemensamhetskaraktär. År 1983 gav de båda styrelserna gemensamt ut allmänna råd om begränsning av rökning i gemensamhetslokaler.

Ytterligare krav på åtgärder mot tobaksbruket framfördes under följande år bl.a. inom utredningen hälso- och sjukvården inför 1990-talet och av cancerkommittén som lade fram sitt slutbetänkande år 1984. Efter överläggningar mellan konsumentverket och tobaksbranschen utfärdades år 1986 skärpta riktlinjer för tobaksreklam som trädde i kraft året därpå. Under en treårsperiod med start budgetåret 1986/87 bedrev socialstyrelsen på regeringens uppdrag en intensifierad upplysning om tobakens skadeverkningar med syfte att motverka rökdebut bland barn och ungdom.

11.3.2 Andra länder i Norden

Norge har haft en särskild tobakslag sedan 1975. I denna förbjuds bl.a. tobaksreklam och försäljning av tobaksvaror till personer under 16 år. År 1988 kompletterades lagen med bestämmelser om rökfria offentliga miljöer. Enligt denna skall lokaler och transportmedel dit allmänheten har tillträde vara rökfria liksom arbetslokaler där två eller flera personer är samlade. Särskilda regler gäller dock för restauranger, hotell och liknande. År 1989 infördes förbud mot nya tobaks- och nikotinprodukter.

Finland har haft en särskild tobakslag sedan år 1977. Denna lag överensstämmer till stor del med den norska lagen. Således är tobaksreklam förbjuden även i Finland, liksom försäljning av tobaksvaror till personer under 16 år. Den finska lagen innehåller också vissa bestämmelser om produktkontroll och bestämmelser om högsta tillåtna värden för vissa beståndsdelar i cigarettök. Lagen innehåller likaså bestämmelser om att lokaler såsom skolor, daghem, officiella myndigheters lokaler m.fl. skall vara rökfria.

I *Island* trädde en särskild tobakslag i kraft år 1985. Lagen förbjuder all tobaksreklam och rökning i lokaler som är öppna för allmänheten. Undantag görs för restauranger som dock alltid måste ha ett antal rökfria bord. Lagen förbjuder också försäljning av tobaksvaror till personer under 16 år.

I *Danmark* finns inte någon lagreglering avseende tobaksprodukter. Frivilliga överenskommelser finns emellertid och i och med att Danmark är medlem i EG blir de restriktioner som bestäms för EG också tillämpliga i Danmark.

I samtliga nordiska länder finns bestämmelser om varningstexter på cigarettpaket.

11.3.3 Vissa länder inom EG

Generellt inom EG finns direktiv om högsta tillåtna tjärhalt i cigaretter och om varningstexter på tobaksvaror. Vidare har antagits direktiv om förbud mot TV-reklam för tobaksvaror. Förslag finns också om förbud mot försäljning av snus. För närvarande bereder man ett förslag om reklamförbud och överväger åtgärder för rökfria miljöer.

Irland har en särskild tobakslag sedan år 1988 som bl.a. förbjuder försäljning till personer under 16 år. Lagen innehåller också förbud mot försäljning av snus. Vissa former av reklam är helt förbjuden, t.ex. utomhusreklam, medan annan reklam får förekomma med vissa restriktioner. Lagen medger också möjligheter att utfärda föreskrifter om förbud mot eller begränsning av rökning i offentliga lokaler.

I *Belgien* lagfästes år 1987 förbud mot rökning i alla offentliga lokaler inkl. transportmedel. Restauranger och kaféer berörs inte. Vid överträdel-

ser utdöms höga böter. År 1982 utfärdades strikta regler om reklam och om obligatorisk märkning med varningstext. Reklamrestriktionerna skärptes förra året så att även reklam som avser andra produkter men som indirekt gynnar avsättningen av tobaksvaror, förtäckt tobaksreklam, kom att omfattas. Belgien införde år 1990 också förbud mot försäljning av vissa typer av snus.

Frankrike har sedan år 1977 en särskild tobakslag. I denna finns bestämmelser om rökning i lokaler för gemensamt bruk. I fjol antogs i Frankrike en lag om totalt förbud mot tobaksreklam. Förbudet omfattar såväl reklam för tobaksprodukter som förtäckt reklam liksom sponsring som har till syfte att främja försäljning av tobaksprodukter.

I *Italien* förbjöds tobaksreklam redan år 1962. Förbudet hade emellertid länge begränsad effekt på grund av låga straffsatser vid överträdelser. År 1983 skärptes straffen avsevärt, och för cirka ett år sedan utvidgades lagen till att omfatta även förtäckt tobaksreklam.

11.3.4 Vissa länder utanför Europa

Även utanför Europa finns exempel på att man vidtagit långtgående åtgärder för att begränsa tobaksbruket. Som exempel kan nämnas att *Canada* år 1988 antog två särskilda tobakslagar som träder i kraft successivt. Den ena innehåller förbud mot tobaksreklam inkl. sponsring. Den andra innehåller bestämmelser om rökfria lokaler och transportmedel.

I *USA* har en rad stater lagstiftat om rökfria offentliga lokaler. De första och mest långtgående bestämmelserna finns i Minnesota och delar av Kalifornien. I staden New York infördes år 1987 förbud mot rökning på arbetsplatser och i offentliga lokaler, banker, taxi m.m. I restauranger med mer än 50 sittplatser skall hälften av platserna vara reserverade för icke-rökare. Restriktioner för rökning på restauranger finns också i andra stater. Som exempel kan nämnas att det i Chicago finns krav på att hälften av platserna skall vara rökfria. Till skillnad från New York undantas där inte små restauranger. En federal lagstiftning i USA förbjuder rökning på alla resor om högst sex timmar.

I såväl Canada som USA finns bestämmelser om varningstexter på tobakspaket.

11.4 Behov av ytterligare åtgärder

11.4.1 Allmänt

Information om tobakens skadeverkningar har sedan länge bedrivits i vårt land. I detta avseende ligger Sverige långt framme. Däremot har det i många andra länder vidtagits mera långtgående åtgärder av annat slag för att minska användandet av tobak. De ökade kunskaperna om tobakens skadeverkningar har förändrat synen på användandet därav. Det är numera ställt utom allt tvivel att tobaksbruket utgör ett allvarligt hot mot folk-

hälsan. Framför allt gäller detta naturligtvis det aktiva användandet, men under senare år har det framstått allt tydligare att även s.k. passiv rökning utgör ett stort problem. Det senare kan på sikt medföra allvarliga sjukdomar men även ge omedelbart uppträdande problem för allergiker och astmatiker. Även bortsett från riskerna att drabbas av sjukdomar och andra medicinska besvär framstår det som en självklar rättighet att få andas luft som är fri från tobaksrök.

Mot bakgrund av bl.a. de ökade kunskaperna har allt starkare krav vuxit fram på att vidta samhällsåtgärder för att motverka det utbredda bruket av tobak. Sådana insatser måste naturligtvis företas på olika plan. En grundläggande fråga är varför människor röker trots kunskap om vanans farlighet. Något enkelt och allmängiltigt svar finns sannolikt inte. Det enda som framstår som tämligen klart är att få, om ens någon, börjar röka eller snusa genom ett medvetet övervägande och under medvetande om att fastna i ett begär. Snarare är det ett nyfiket prövande som övergår i ett beroende av nikotin som är svårt att bryta. Särskilt svårt att bryta vanan kan det vara om livssituationen innebär påfrestningar av olika slag. Flera studier har visat att rökning idag – till skillnad från tidigare då det omvända förhållandet rådde – är vanligare bland lågutbildade och bland låginkomsttagare än bland högutbildade och socialt väletablerade grupper. Det finns studier som visat att 60 % av unga ensamstående mammor röker, vilket är mera än den dubbla genomsnittliga frekvensen. Orsaken till att rökfrekvensen är så hög i denna grupp torde sannolikt kunna sökas i att deras livssituation är ansträngd och att de därigenom har mindre möjlighet att påverka levnadsvanorna t.ex. att sluta röka.

Det har också visat sig att det i vissa yrken är vanligare med en större andel rökare. Detta gäller framför allt yrken som inte kräver lång utbildning, där inkomsten är låg och där det är svårt att själv påverka arbetssituationen. En förklaring som framförts till att vissa yrkesgrupper röker i högre utsträckning än andra är att det skulle vara ett legitimt sätt att få en paus i arbetet.

De åtgärder som behöver vidtas för att komma till rätta med situationer av nämnt slag är genomgripande förändringar både på arbetsmarknaden och i fråga om service, t.ex. beträffande barnomsorg. Åtgärder i dessa avseenden pågår mer eller mindre löpande, men är ur hälsosynpunkt av långsiktig karaktär och det tar lång tid innan de slår igenom i form av ändrade levnadsvanor. När det gäller tobaksbruk, framför allt rökning som medför hälsorisker inte enbart för användaren själv utan också för omgivningen, bör särskilda åtgärder vidtas som komplement till de mera långsiktiga insatserna. Förutom att förstärka information och kunskaps-spridande bör även andra samhällsåtgärder vidtas främst i syfte att skydda barn och ungdom och personer som inte vill utsättas för andras rök.

De utredningsförslag och synpunkter från remissinstanser som redovisas i det följande avser tobaksutredningen såvida inte något annat anges.

Regeringens bedömning: För att så långt som möjligt tillgodose behoven av att andas rökfri luft och underlätta för barn och ungdom att förbli rökfria bör vissa restriktioner avseende tobaksbruk och hantering av tobaksprodukter fastläggas i lag. Lagstiftningen bör också innehålla bestämmelser om tobaksprodukternas innehåll, t.ex. maximal tjärhalt i cigaretttrök.

Utredningens förslag: Överensstämmer i princip med regeringens ställningstagande. Utredningen föreslår att lagbestämmelserna som rör tobak samlas i en särskild lag.

Remissinstanserna: Förslaget att lagstiftningsvägen införa restriktioner mot tobaksbruket tillstyrks av flertalet remissinstanser. Att samla dessa bestämmelser i en särskild tobakslag berörs av en tredjedel av instanserna. De flesta av dem är positiva till en särskild tobakslag. Man anför bl.a. att en särskild lag underlättar en samlad överblick av lagstiftningen på området. Flera remissinstanser är positiva till en särskild lag men framför kritik mot att den föreslagna lagen inte är tillräckligt långtgående. T.ex. anser Folkhälsogruppen att förslaget är modest men att det ändå utgör en markering av att statsmakterna ser allvarligt på problemet. Några instanser framför dock invändningar mot förslaget om en särskild tobakslag. Dit hör representanter för tobaksbranschen och handeln. En av underinstanserna till universitets- och högskoleämbetet, UHÄ (juridiska fakultetsnämnden vid universitet i Stockholm) förespråkar att man i den mån lagreglering kan bli aktuell bygger vidare på befintlig lagstiftning i stället för att skapa en särskild tobakslag.

Skälen för regeringens bedömning: Som tidigare anförts finner regeringen det ur hälsosynpunkt angeläget att ytterligare begränsa användandet av tobak. För detta krävs åtgärder av många slag. En av dessa är att införa restriktioner i olika avseenden. Självfallet kan vissa restriktioner åstadkommas på frivillig väg. Detta har också skett på många håll. När det gäller frivilliga överenskommelser visar emellertid erfarenheten att reglerna kan komma att variera i hög utsträckning. Mot bakgrund av den väl dokumenterade hälsorisk tobaksbruk medför, främst vid själva användningen men även vid s.k. passiv rökning, finner regeringen det därför angeläget att utnyttja möjligheterna att genom lagstiftningsåtgärder ge stöd åt strävandena att förbättra hälsosituationen. För närvarande förbereds en proposition med förslag till lagstiftning avseende tobak. I detta sammanhang kommer vi att ta ställning till om vi skall föreslå att lagbestämmelserna skall samlas i en särskild tobakslag. Enligt planerna kommer en proposition i ämnet att föreläggas riksdagen senare under detta år. Vad en lagstiftning i detalj skall föreslås omfatta kan inte sägas förrän beredningsarbetet är helt slutfört. Vi finner det ändå angeläget att redan i detta sammanhang i stora drag redovisa vad som planeras att

Rökfria miljöer

Regeringens bedömning: Främst av hälsoskäl men även för att förbättra möjligheterna att få andas rökfri luft bör lagregler tillskapas med inriktning på att vissa miljöer skall hållas rökfria. Den princip som bör gälla är att rökfritt skall vara det normala. Särskilda regler bör införas för vissa typer av lokaler såsom daghem, skolor, vårdinrättningar, arbetsplatser, hotell och restauranger.

Utredningens förslag: Överensstämmer i princip med regeringens ställningstagande. Krav på lagreglering för att tillförsäkra rökfria miljöer har under senare år framförts även från andra håll. Frågan har bl.a. tagits upp av Folkhälsogruppen och allergiutredningen.

Remissinstanserna: Förslaget om rökfria miljöer är det som tagits upp av flest remissinstanser. Flertalet instämmer i utredningens bedömning att det är viktigt att tillförsäkra allmänheten rökfria miljöer. T.ex. anför socialstyrelsen att kunskapen om riskerna med s.k. passiv rökning i dag är tillräckligt stor för att motivera att legala skyddsåtgärder vidtas. Statens handikappråd anser rökfria miljöer vara särskilt positivt med tanke på dem som får besvär av tobaksrök, ibland t.o.m. svåra akuta sjukdomstillstånd. Flera instanser förordar att förslagen skärps. T.ex. anser vissa att de föreslagna reglerna även bör omfatta familjedaghem och liknande. Kritik finns också mot utredningens förslag att tillåta rökning på enskilda arbetsrum under vissa förutsättningar. Några remissinstanser, främst företrädare för tobaksbranschen, anser att det saknas vetenskaplig grund för slutsatsen att s.k. passiv rökning är skadlig för hälsan och ifrågasätter därför lagstiftning för att tillskapa rökfria miljöer. De förordar i stället frivilliga överenskommelser. Även Svenska Arbetsgivareföreningen och LO ifrågasätter om det finns behov av att lagstifta om rökförhållanden på arbetsplatser.

Skälen för regeringens bedömning: Frågan om förbud mot rökning i lokaler av gemensamhetskaraktär har sedan flera år varit föremål för uppmärksamhet i en rad länder. WHO har rekommenderat regeringar och hälsovårdsmyndigheter att vidta åtgärder för att få till stånd rökfria miljöer. Många länder har också lagstiftat om sådana. Även i Sverige har åtgärder vidtagits men hittills har lagstiftning av detta slag inte beslutats. På arbetsplatser, såväl offentliga som privata, har rökning i viss utsträckning begränsats genom frivilliga överenskommelser. Även inom skolan har ansträngningar gjorts för att tillskapa rökfria miljöer. Många landsting har också infört regler om rökfritt inom egna lokaler, vilket bl.a. inneburit att hälso- och sjukvården i dessa områden kommit att omfattas av

sådana regler. Att man inte kan röka fritt på allmänna kommunikationsmedel har länge varit självklart.

Även om mycket har gjorts i syfte att åstadkomma rökfria miljöer kan frivilliga bestämmelser inte ersätta lagregler. Eftersom grundinställningen hos dem som har fattat beslut i frågan varierar är det ofrånkomligt att även de frivilliga bestämmelserna kommer att variera. Detta bekräftas också av undersökningar som gjorts, t.ex. om vilka regler som tillämpas på olika arbetsplatser.

Även om viss oenighet råder vad gäller sambandet mellan s.k. passiv rökning och vissa sjukdomar med lång latenstid anser regeringen att det ändå finns tillräckliga skäl att införa lagbestämmelser om rökfria miljöer. Det kan självfallet vara svårt att med absolut säkerhet fastställa att en sjukdom som kan ha en latenstid över flera decennier har sin grund i en bestämd faktor. Under så lång tid är det oundvikligt att även andra faktorer kan inverka. Många studier visar dock att passiv rökning med stor sannolikhet har betydelse för lungcancer. Vissa studier pekar också på att passiv rökning kan ha betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar. Till detta kommer andra sjukdomar där sambandet med passiv rökning är övertygande bevisad. Dit hör vissa sjukdomar hos små barn och hos personer med astma/allergi, luftvägsbesvär eller hjärt-kärlsjukdom. Det är inte ovanligt att personer som är överkänsliga för rök måste undvika lokaler där alla borde ha en självklar rätt att få vistas. Mot denna bakgrund har regeringen funnit att lagstiftning bör ske för att förbättra möjligheterna för dem som så önskar att få andas rökfri luft.

Av särskild betydelse är att lokaler där barn och ungdom ofta vistas hålls rökfria. Således bör bestämmelser om rökfria miljöer fastläggas för t.ex. daghem och skolor. En viss opinion finns för att tillförsäkra rökfri miljö också i familjedaghem. Även om det naturligtvis är av stor betydelse att inte heller barn som vistas i dessa miljöer utsätts för onödiga hälso-risker, bör inte i lag införas bestämmelser som inkräktar i en privat miljö. Däremot är det viktigt att kommunerna verkar för att barn i familjedaghem inte utsätts för passiv rökning.

Andra lokaler där rökfria miljöer är av särskild betydelse är sådana som är avsedda för hälso- och sjukvård.

När det gäller arbetsplatser har erfarenheten visat att de lokala bestämmelserna varierar i hög grad. Det är inte ovanligt att krav på rökfri miljö får vika för rökarens önskemål. Regeringen anser att alla bör kunna erbjudas möjlighet att få vistas på en arbetsplats utan att utsättas för hälso-risker på grund av tobaksrök. Således anser vi att det normala bör vara att arbetsplatser hålls rökfria och att rökning endast skall få ske i särskilt avsatta utrymmen, t.ex. röktrum. För att göra en anpassning till lokala förhållanden möjlig bör det dock finnas utrymme att träffa överenskommelser lokalt om undantag från denna regel. Undantag från reglerna om rökfria miljöer bör också kunna ske om särskilda skäl föreligger.

Förutom i de lokaler vi nämnt tidigare kan det också finnas skäl att införa bestämmelser om rökfria miljöer för andra lokaler som är avsedda för allmänheten. Dit hör lokaler för offentliga tillställningar av olika slag

som t.ex. teater och idrottsevenemang. Regler om rökfria miljöer bör också införas för hotell och restauranger. Vilka bestämmelser som kommer att föreslås för de olika typerna av lokaler kommer att preciseras i det kommande förslaget om lagstiftning avseende tobak. I detta kommer även allmänna kommunikationer att behandlas.

Marknadsföring av tobaksvaror

Regeringens bedömning: Reklam för tobaksvaror bör förbjudas.

Ett betydelsefullt och omdiskuterat inslag i marknadsföringen av tobaksvaror utgörs av reklam för produkterna. Tobak är en av de varor som det globalt görs allra mest reklam för. Även i Sverige satsar tobakbolagen stora summor på reklam. Med reklam avses enligt lagen (1972:266) om skatt på annonser och reklam "meddelanden som har till syfte att åstadkomma eller främja avsättning i kommersiell verksamhet" av bl.a. varor och tjänster. Traditionellt inbegrips i första hand annonsering, utomhusreklam, filmreklam och reklam i etermedia. Det finns olika åsikter om reklamens effekter på tobakskonsumtionen. Enligt Surgeon General (SG), som är en central hälsovårdsmyndighet i USA, kan man identifiera fyra direkta och tre indirekta mekanismer.

De direkta mekanismerna är enligt SG följande:

- 1) Reklam kan stimulera barn och ungdom att börja använda tobak.
- 2) Reklam kan öka tobaksbrukarnas konsumtion genom påminnelse.
- 3) Reklam kan ändra en avsikt att sluta använda tobak genom att framhäva de positiva dragen och dämpa rädslan.
- 4) Reklam kan medverka till återfall i en tidigare tobaksvana genom att framställa bruket i en positiv dager.

De indirekta mekanismerna är enligt SG följande:

- 1) Massmedias beroende av reklamintäkter kan göra dem mindre benägna att publicera fakta om tobaksbrukets skadeverkningar.
- 2) Risk för beroende av sponsring kan leda till att stöd för åtgärder mot tobaksbruk minskar.
- 3) Reklamens själva existens kan tolkas som en bekräftelse på att tobaksbruk inte är skadligt.

Självfallet finns det andra faktorer än reklam och annan marknadsföring som påverkar tobaksvanornas utveckling. Det bör också understrykas att det är svårt att genom empiriska studier bevisa reklamens effekter då det alltid kan finnas andra faktorer som kan inverka på resultatet. De mera djupgående analyser som gjorts tyder dock på att ett förbud mot tobaksreklam har en hämmande effekt på konsumtionen.

WHO har länge förespråkat ett totalförbud mot tobaksreklam. Många länder har också infört ett sådant. I Sverige har frågan om förbud diskuterats många gånger under de senaste decennierna. Även om något förbud inte införts finns det vissa begränsningar för marknadsföringen av

tobaksprodukter. Grundregeln är att särskild måttfullhet därvid skall iakttas.

Prop. 1990/91:175

Utredningens förslag: Utredningen föreslår förbud för reklam och annan marknadsföring av tobaksprodukter samt föreslår införande av regler för annan reklam och marknadsföring så att sådana åtgärder inte på ett påtagligt sätt får vara ägnade att främja avsättningen av tobaksvaror.

Remissinstanserna: Många remissinstanser tar upp denna fråga. Av dessa gör två tredjedelar det utifrån en positiv utgångspunkt. Många instanser uttalar ett starkt stöd för utredningens förslag. Exempelvis anför socialstyrelsen att ett förbud mot "direkt och förtäckt reklam för tobak" är nödvändigt för att skapa en trovärdig hälsopolitik. Vissa instanser anser att förslaget till lagtext måste preciseras och kompletteras, men är inte kritiska till ett förbud i sig. En underinstans till UHÄ (juridiska fakultetsnämnden vid universitet i Stockholm) avstyrker det föreslagna totalförbudet, men menar att om ett sådant ändå av politiska skäl införs måste ändringar göras i andra lagar som t.ex. radioansvarighetslagen.

Stark kritik mot förslaget har framförts främst från representanter från tobaksbranschen och handeln. Dessa finner det inte bevisat att tobaksreklam stimulerar till konsumtion. Branschföreträdarna anför vidare att ett reklamförbud skulle hämma en ur hälsosynpunkt önskvärd produktutveckling av övergång till mindre farliga produkter.

Skälen för regeringens bedömning: Den centrala frågan när man skall ta ställning till om reklam och andra marknadsföringsåtgärder som avser tobak skall förbjudas eller inte är vilken inverkan reklamen kan antas ha på den totala konsumtionen. Av särskild betydelse är i vad mån ungdomar påverkas. Även om det är svårt att med absolut säkerhet dra slutsatser från empiriska studier då sådana när det gäller reklam inte kan utföras i experimentell miljö utan inverkan av andra faktorer, finns det vissa djupgående studier som talar för att totalkonsumtionen påverkas. När det gäller ungdomars tobakskonsumtion spelar reklamen sannolikt en inte obetydlig roll. Reklamen presenterar ofta tobaksvarorna som lyxbetonade konsumtionsvaror och antyder att bruket av dessa är statusfyllt, oproblematiskt och allmänt accepterat i vuxenvärlden. Härigenom bidrar reklamen till att försvaga medvetandet om tobakens skadlighet.

Regeringen finner att ett förbud mot reklam för tobaksvaror med all sannolikhet skulle få positiva effekter på folkhälsan. Framför allt bedöms reklamen ha betydelse för påverkan av ungdomars attityder. Ett förslag om förbud mot tobaksreklam bereds därför inom ramen för arbetet med den planerade lagstiftningen rörande tobak. Eftersom det finns en rad juridiska frågor som måste klargöras och som kan påverka den konkreta utformningen av förslaget, kan vi för närvarande inte precisera hur en sådan lagstiftning kan utformas och vad den i detalj kan komma att omfatta.

Regeringens bedömning: Möjlighet bör skapas att föreskriva gränsvärden för vissa skadliga ämnen eller beståndsdelar och att föreskriva vissa restriktioner vad gäller förpackningar. Någon åldersgräns för inköp av tobak bör inte införas och inte heller förbud mot automatförsäljning eller självbetjäning.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens ställningstagande när det gäller gränsvärden och förpackningsrestriktioner. Däremot föreslår utredningen en åldersgräns på 18 år för inköp av tobak samt förbud mot automatförsäljning och självbetjäning. Utredningen föreslår också viss reglering av prissättningen inom detaljhandeln.

Remissinstanserna: Förslaget om gränsvärden tas upp av ett femtontal remissinstanser, varav flertalet tillstyrker förslaget. Smokepeace anser emellertid att konsumenterna inte bör tvångsstyras i sitt val av produkter.

Både förslaget om förpackningsstorlek och prissättning behandlas av ett fåtal remissinstanser. Reglerna om förpackningsstorlek tillstyrks huvudsakligen medan det föreslagna förbudet mot prisnedläggningar och mängdrabatter möter invändningar av marknadsrättslig art.

Frågan om åldersgräns för inköp av tobaksvaror har fått ett blandat mottagande. Förslaget tillstyrks av ett tjugotal instanser. Flera av dessa förklarar sig dock vara medvetna om svårigheterna att kontrollera efterlevnaden men förordar trots detta förslaget. Ett par remissinstanser anser att åldersgränsen i stället bör sättas vid 16 år i likhet med vad som skett i Finland, Norge och Island. Förslaget om åldersgräns avstyrks av många instanser, bland dessa även sådana som i övrigt är positiva till ytterligare lagstiftning om tobak. Dit hör vissa landsting, Förbundet En Rökfri Generation och Riksförbundet Hem och Skola. Dessa hänvisar till svårigheterna att kontrollera efterlevnaden och risken att en åldersgräns i sig kan medföra att varan framstår som mera lockande.

Skälen för regeringens bedömning: Regeringen bör få rätt att föreskriva gränsvärden för vissa skadliga beståndsdelar i tobak, för att på det sättet minska riskerna för skador vid ett fortsatt tobaksbruk. Föreskrifterna bör i första hand inriktas på att maximera högsta tillåtna tjärhalt i cigaretttrök. Liknande bestämmelser finns i flera länder och direktiv i frågan har också antagits inom EG. EG-direktiven innebär att högsta tillåtna tjärsmängd i cigaretttrök blir 15 mg per cigarett fr.o.m. år 1993 och 12 mg fr.o.m. år 1998. Vi finner det önskvärt att Sverige i detta avseende inför bestämmelser i enlighet med EG.

Förslaget om att införa regler om förpackningsstorlek syftar främst till att förhindra förekomst av små förpackningar med cigaretter (t.ex. med mindre än tio stycken), då dessa är särskilt lockande för ungdomar genom att betinga ett förhållandevis lågt pris.

Regeringen avser inte att föreslå någon åldersgräns för inköp av tobaksvaror. Detta innebär självfallet inte att regeringen inte delar utredningens

bedömning att det är viktigt att motverka att ungdomar använder tobak. Tvärtom är det av särskild vikt att ungdomar inte använder tobak dels därför att det är särskilt allvarligt ur medicinsk synpunkt att under uppväxtåren tillföra kroppen de skadliga ämnen som tobak innehåller eller ger upphov till, dels därför att det kan leda till ett beroende som är svårt att bryta. Erfarenheten visar också att om en tobaksdebut kan förskjutas till högre åldrar ökar chanserna att flera förblir rökfria även i fortsättningen. Förslaget om åldersgräns för inköp av tobaksvaror bedöms emellertid för vissa grupper kunna få motsatt verkan i förhållande till vad som avsetts. Tobaksbruk skulle genom en åldersgräns kunna förknippas med en vana som betraktas som "vuxen", något som många ungdomar eftersträvar. Åldersgräns för inköp skulle i sig också kunna ses som ett hinder man vill besegra. Tobak skulle på det sättet bli attraktivt. Förslaget om att införa en åldersgräns bedöms vidare medföra betydande svårigheter i form av kontroll av efterlevnaden. Vi har också erfarit att man inom EG gjort en liknande bedömning och inte har för avsikt att lägga fram något förslag om åldersgräns för inköp av tobaksprodukter, vilket tidigare diskuterats.

Eftersom någon åldersgräns inte är aktuell saknas det skäl att införa förbud mot automatförsäljning och annan självbetjäning, något som hade direkt samband med utredningens förslag om åldersgräns.

Utredningens förslag i övrigt bör beredas ytterligare inom regeringskansliet innan ställning kan tas i dessa avseenden.

11.4.3 Information

Regeringens bedömning: Information om tobakens skadeverkningar bör förstärkas genom ökat statligt stöd.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens ställningstagande.

Remissinstanserna: Förslaget om förstärkta informationsinsatser har mottagits mycket positivt. Många lämnar också förslag på hur förstärkningen bör göras.

Skälen för regeringens bedömning: Information är den metod som sedan länge utnyttjats för att minska tobaksbruket. Även om åtgärder av annat slag vidtas i denna strävan är olika former av information ett grundläggande element i ett samhälleligt åtgärdsprogram. Framhållas bör dock att information måste ses som komplement till andra åtgärder. Det räcker inte med enbart information. Samtidigt måste man vara observant på att informationen inte mattas när andra åtgärder vidtas. Information om tobakens skadeverkningar bör framför allt bedrivas lokalt inom skolor, primärvården, frivilliga organisationer etc. men även centralt t.ex. genom kunskapsspridning. Det hälsoupplysande informativa arbetet bör förstärkas. Detta kan ske med hjälp av det tobaksprogram som vi föreslår skall

bedrivs vid folkhälsoinstitutet. Regeringen och barn- och ungdomsdelegationen avser att ge stöd ur allmänna arvsfonden till Förbundet En Rökfri Generation för ett tobaksförebyggande projekt. Målet för projektet är att genom s.k. friskvårdsinformatörer nå eleverna i årskurserna 6-9 för att halvera antalet tobaksanvändare i årskurs 9.

11.4.4 Övriga frågor

Regeringens bedömning: Ökad satsning på forskning bör ske, främst i tobakspreventivt syfte. Vidare bör lokalt arbete med bl.a. rökavvänjning stimuleras.

Utredningens förslag: Utredningen har inte föreslagit några särskilda åtgärder i dessa avseenden.

Skälen för regeringens bedömning: Även om det har bedrivits mycket tobaksrelaterad forskning har denna huvudsakligen varit inriktad mot att finna samband mellan tobaksbruk och sjukdomar av olika slag. Sådana samband är nu så väl dokumenterade att ytterligare forskning i det avseendet inte kan anses ha särskilt hög prioritet. Däremot har det bedrivits mycket litet beteendevetenskaplig forskning om mekanismer som sammanhänger med tobaksbruk. Ökade kunskaper i detta avseende både vad gäller debut att röka resp. snusa, fortsatt tobaksanvändande och avvänjning av tobaksbruk är av värde i det fortsatta arbetet för att främja folkhälsan.

Ett medel som måste tillämpas i kampen för att nedbringa tobaksbruket är avvänjning. Främst har denna verksamhet varit inriktad på rökavvänjning men behov av avvänjning av snusberoende kan också vara aktuellt med tanke på att snusande blivit en vanlig företeelse främst bland unga män. Tidigare bedrevs rökavvänjning huvudsakligen vid särskilda enheter speciellt inriktade på sådan verksamhet. Successivt har emellertid tobaksavvänjning blivit en del av den allmänna hälsovård som bedrivs i primärvården. Det är naturligtvis där en sådan verksamhet hör hemma. Detta är därmed ett ansvar för lokala huvudmän – landsting eller kommuner. På staten bör i detta avseende falla ett ansvar att stödja det lokala arbetet genom kunskapsförmedling och material som kan vara lämpligt att ta fram centralt men för lokalt bruk.

12.1 Inledning

Allergisjukdomar och andra överkänslighetsreaktioner ökar inom befolkningen, både bland barn och vuxna. Dessa sjukdomar utlöses bl.a. av faktorer i miljön. En rad olika samhällsområden är berörda, bl.a. arbetsliv, boendemiljö och skolmiljö. En framkomlig väg för att varaktigt minska det lidande och de besvär som sjukdomarna förorsakar är att förebygga att de uppstår. Ett sådant förebyggande arbete kräver kunskap om sambanden mellan olika miljöfaktorer och sjukdoms- och överkänslighetssymptom.

Mot denna bakgrund beslöt regeringen i februari 1986 att tillsätta en kommitté för att utreda frågor kring förebyggande av allergier och andra överkänslighetsreaktioner.

Kommittén fick i uppdrag bl.a. att undersöka om dåvarande åtgärder var tillräckliga inom olika samhällsområden. Om de ytterligare åtgärder som befanns nödvändiga inte förutsatte beslut av riksdagen eller regeringen skulle kommittén ta kontakt med berörda myndigheter eller andra organ och initiera lämpliga åtgärder.

Kommittén som antog namnet allergiutredningen överlämnade sitt betänkande Att förebygga ALLERGI/överkänslighet (SOU 1989:76) till regeringen i november 1989. Samtidigt överlämnades expertbilagan Beskrivningar av ALLERGI/överkänslighet – Medicinska och miljömedicinska Kunskapsammanställningar (SOU 1989:77) och statistikbilagan Omfattning av ALLERGI/överkänslighet – Sammanställning av epidemiologiska studier, undersökningar och registerdata (SOU 1989:78). Betänkandet har remissbehandlats. En sammanställning över remissvaren har publicerats i rapporten Ds 1991:1.

12.2 Allergi och annan överkänslighet i ett folkhälsoperspektiv

Allergier och annan överkänslighet är numera så vanliga att man kan tala om ett folkhälsoproblem. Vanliga former är astma, allergisk rinit (inkl. s.k. hösnuva) och kontakteksem. Allergiutredningen visade t.ex. att var tredje skolbarn har eller har haft någon form av allergi eller överkänslighet. Statistiska centralbyrån (SCB) anger i sin rapport om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) år 1988/89 att 35 % av befolkningen över 15 år besväras av någon form av allergi eller annan överkänslighet. Detta betyder att cirka tre miljoner svenskar enligt egen uppgift har sådana besvär. Naturligtvis finns en glidande skala av svårighetsgraden allt från lättare snuva och ögonirritationer till mycket allvarliga, t.o.m livshotande astmaanfall. Enligt SCBs statistik avlider i Sverige varje år drygt 1 200 personer i astma. Den stora majoriteten av alla besvärade har dock inte några akuta vårdbehov varför de inte blir registrerade i patientstatistiken.

Detta gör att det råder en stor diskrepans mellan registerdata och data från frågeundersökningar.

Allergitredningen fann att allergiproblemen överlag ökade. Detta är en tendens som gäller hela den industrialiserade världen och som har samband med olika faktorer. Det är numera allmänt accepterat att de allergiska sjukdomarna beror på en kombination av arv och miljö. Några svenska studier tyder på att speciellt luftvägsallergierna ökat under senare år. Enligt allergitredningen är barnen en särskilt utsatt riskgrupp.

12.3 Vissa riskfaktorer

12.3.1 Inomhusmiljö

Inomhusmiljöns betydelse för allergier etc. har uppmärksammats först under senare år trots att vi vistas inomhus uppemot 80 % av vår tid – i bostäder, skolor, barnomsorgslokaler, arbetslokaler m.m. Luftens kvalitet inomhus bestäms främst av förekomsten av föroreningskällor och effekten av åtgärder för att omhänderta föroreningarna vid källan samt ventilation. Allergitredningen fann att luftkvaliteten inomhus på många håll inte uppnår acceptabel standard. Undersökningar som gjorts har visat att man kunnat komma till rätta med vissa hälsobesvär genom att åtgärda tekniska brister i byggnaden. Därtill har samband fastställts mellan olika överkänslighetseffekter och ämnen etc. i inomhusmiljön såsom kvävedioxid, tobaksrök, lösningsmedel t.ex. formaldehyd, dammkvalster och mögel.

En inomhusmiljö som allergitredningen särskilt uppmärksammade är skolor. Bristande underhåll, dålig luftkvalitet, fukt, mögel och smutsiga heltäckande textilmattor tillsammans med en otillräcklig städning har orsakat en låg hygienisk standard. Enligt allergitredningen råder sådana förhållanden i omkring hälften av landets skolor.

Tobaksrökens skadliga effekter på hälsan blev känd först långt efter att rökning spritts över stora delar av världen. Den aktiva rökningens negativa inverkan på hälsan är idag väl belagd. Även den s.k. passiva rökningens hälsoeffekter uppmärksammas alltmer. Känt är t.ex. att barn till rökande föräldrar i högre utsträckning än barn till icke rökande har astma. De vanligaste effekterna av passiv rökning är akuta irritationssymptom i ögon och luftvägar. Särskilt känsliga i detta avseende är astmatiker. Tobaksrök är den vanligaste luftföroreningen inomhus. Tobaksfrågor behandlas särskilt i avsnitt 11, varför de inte vidare tas upp i detta avsnitt.

12.3.2 Utomhusmiljö

Luftföroreningar i den yttre miljön från bl.a. bilar, förbränningsanläggningar och industrier kan ge verkningar på människan som sträcker sig från lindriga och övergående obehag till allvarliga luftvägssjukdomar. I utomhusluften förekommer ett stort antal kemiska ämnen och partiklar av olika slag. Som exempel kan nämnas att bilavgaser innehåller flera hundra

olika ämnen. I atmosfären sker också omvandlingar så att nya ämnen bildas. Man har kunnat konstatera att det i tätorterna finns en överrepresentation av flera sjukdomar jämfört med landsbygden, bl.a. av kroniska luftvägssjukdomar och lungcancer. Luftföroreningar i tätorter beräknas t.ex. orsaka 300-2 000 cancerfall per år i Sverige. Det är emellertid svårt att finna klara samband mellan en särskild förorening och en viss hälsoeffekt. Olika faktorer kan också samverka. Allergiframkallande ämnen av biologiskt ursprung finns naturligt i miljön. Exempel på sådana ämnen är pollen, djurepitel, damm, kvalster och mögelsporer.

12.3.3 Kemiska produkter

Vissa kemiska ämnen som människor kommer i kontakt med kan efter en kortare eller längre tid ge upphov till ett förändrat reaktionssätt så att överkänslighet uppstår. På sådant sätt förvärvas kontakteksem. Man skiljer mellan det allergiska kontakteksemet (atopiska eksem), som förmedlas genom immunologiska mekanismer, och det icke allergiska (traumiterativa, irritativa, toxiska) kontakteksemet. Det senare kan drabba alla och förutsätter inte ärftlig disposition för allergi. Vissa allergen, dvs. allergiframkallande ämnen, förekommer rikligt i vår miljö och är nästan omöjliga att undvika, t.ex. nickel och krom. Enligt kemikalieinspektionens produktregister finns ca 55 000 kemiska produkter i Sverige. Det totala antalet ämnen uppskattas till mellan 10 000 och 20 000. När allergiutredningen lade fram sitt betänkande var ett 80-tal ämnen uppförda på kemikalieinspektionens exempellista över allergiframkallande ämnen.

12.3.4 Livsmedel

Många livsmedel förorsakar också överkänslighetsreaktioner. Några av våra vanligaste livsmedel, såsom nötter, mjölk, ägg, fisk, soja och sädesslag, är också de som orsakar de flesta reaktionerna av sådant slag bland livsmedlen.

12.3.5 Konsumentprodukter i övrigt

Konsumentverket har genom anmälningar från konsumenter fått vetskap om deras växande bekymmer vid bruk av vanliga nödvändighetsvaror såsom möbler, inredningstextilier, kläder, hygienprodukter, leksaker och hobbymaterial samt även olika kosmetiska produkter. Orsaken till de besvär som uppstår kan vara flera. En känd riskfaktor är formaldehyd, som används bl.a. i lacker och lim och som konserveringsmedel i kosmetika. Personer med nickelallergi, som blivit allt vanligare, har stora svårigheter att handskas med många konsumentprodukter, t.ex. kan mynt, knappar och nycklar ge svåra allergiska besvär.

12.4.1 Allmänt

Trots förbättringar i närmiljön återstår mycket för att åstadkomma en bra miljö, fri från hälsoskadliga faktorer. För att långsiktigt och varaktigt minska de miljörelaterade hälsoriskerna måste varor, industriella processer osv. från början vara fria från hälso- och miljöskadliga ämnen.

Detta eftersträvas i miljöarbetet under 1990-talet och uttrycks i den miljöpolitiska propositionen En god livsmiljö (prop. 1990/91:90) bl.a. genom krav på ytterligare minskade utsläpp av luft- och vattenföroreningar, avvecklingsplaner för hälso- och miljöfarliga ämnen, ökad återanvändning och återvinning av avfall. Speciella åtgärder för att minska storstädernas hälso- och miljörisker kommer att genomföras, t.ex. ökad satsning på miljöanpassad kollektivtrafik. Enskilda konsumenter får större möjligheter att aktivt bidra till en god miljö bl.a. genom att en positiv miljömärkning införs så att de kan välja mindre miljöskadliga varor. Dessutom föreslås en ökad satsning på miljöutbildning på alla utbildningsnivåer.

Det har blivit alltmer uppenbart att miljö- och hälsofrågorna har många gemensamma beröringspunkter. Den ökande komplexiteten i vårt samhälle gör det allt svårare att skilja på faktorer som påverkar hälsan respektive miljön. En helhetssyn på sambandet hälsa – miljö ger förutsättningar att förena god hälsa och miljö samtidigt som andra ekonomiska och sociala mål uppnås.

Som nämndes inledningsvis ingick i allergiutredningens uppdrag att ta kontakt med berörda myndigheter och andra organ och att initiera lämpliga åtgärder för att förebygga allergier och andra överkänslighetsreaktioner. Denna uppgift innebar att utredningen tillämpade ett i utredningssammanhang nytt arbetssätt. Utredningen tog således initiativ till att lösa en rad problem som blev synliga under själva utredningsarbetet. På detta sätt kom allergiutredningen att utgöra ett samarbetsforum som bidragit till att medvetenheten om allergifrågor ökat och att en del konkreta åtgärder redan vidtagits. Utredningen arrangerade också en rad konferenser m.m.

I det följande ges en sammanfattande redovisning av allergiutredningens förslag, remissinstansernas synpunkter och vad som hittills vidtagits eller planeras.

12.4.2 Begreppet "sanitär olägenhet"

Begreppet "sanitär olägenhet" spelar en central roll i miljö- och hälso-skyddsarbetet. Med sanitär olägenhet avses i hälsoskyddslagen (1982:1080) en störning som kan vara skadlig för människors hälsa och som inte är ringa eller helt tillfällig. Vid bedömningen av vad som är sanitär olägenhet skall hänsyn tas till människor som är något känsligare än "normalt" (prop. 1981/82:219). Genom att begreppet "sanitär olägenhet" inte har definierats i författningstexten har det kommit att få sin

närmare innebörd främst genom rättstillämpningen. Någon entydig tolkning av vem som omfattas av formuleringen "något känsligare än normalt" finns inte.

Allergitredningen ansåg det angeläget att det, kan vidtas åtgärder även om en enhetlig tolkning av begreppet sanitär olägenhet saknas. Några remissinstanser, däribland socialstyrelsen, kommenterade förslaget. Dessa ansåg att socialstyrelsen bör ge ut allmänna råd som stöd för miljö- och hälsoskyddsnämndernas bedömning av vad som är sanitär olägenhet samt om och på vilket sätt de skall ingripa vid störningar som berör grupper som är "något känsligare än normalt".

Ansvaret för att utfärda allmänna råd om hälsorisker i inomhusmiljön åvilar i princip socialstyrelsen. Naturvårdsverket har motsvarande ansvar för den yttre miljön. Några särskilda åtgärder från regeringens sida i dessa frågor bedöms inte erforderliga. Däremot anser vi att det finns behov av att se över fördelningen av tillsynsverksamheten enligt hälsoskyddslagen. Dessa uppgifter åligger flera myndigheter. Gränsdragningen är i vissa avseenden oklar. För att kartlägga kommunernas verksamhet på miljö- och hälsoskyddsområdet och analysera behovet av kompetensutveckling inom området för de anställda inom kommunerna har regeringen nyligen beslutat tillkalla en särskild utredare. Regeringen kommer därutöver senare i dag att ge arbetarskyddsstyrelsen i uppdrag att i samråd med naturvårdsverket och kemikalieinspektionen kartlägga förutsättningarna för en ökad samverkan i den regionala och lokala tillsynen av arbetsmiljön och den yttre miljön. Även fördelningen av den centrala tillsynsverksamheten mellan olika myndigheter såsom socialstyrelsen, statens naturvårdsverk, kemikalieinspektionen, strålskyddsinstitutet m. fl. planeras bli föremål för översyn.

12.4.3 Inomhusmiljö

En huvudfråga i allergitredningens betänkande har varit åtgärder för att förbättra inomhusmiljön från allergi- och överkänslighetssynpunkt.

Byggnader och ventilation

När det gäller byggnads- och inredningsmaterial föreslog utredningen att krav skall ställas på tillverkare och importörer att lämna innehållsredovisning, emissionsredovisning och hälsobedömning av materialet. Utredningen föreslog vidare höjning av luftflödeskraven och en rad åtgärder för att förbättra ventilationen.

Allergitredningen föreslog också att de uppenbara bristerna i skol- och barnomsorgsmiljön skulle åtgärdas och att socialstyrelsen och boverket skulle få i uppdrag att initiera, stödja och följa detta arbete.

När det gäller byggnads- och inredningsmaterial instämde i princip alla remissinstanserna med allergitredningens förslag. Också förslagen om att förbättra luftkvaliteten inomhus fick ett brett stöd, men flera instanser ansåg det vara tillräckligt att uppfylla nuvarande normer. Socialstyrelsen

och boverket ställde sig positiva till att följa det föreslagna åtgärdsarbetet. Utredningens förslag rörande ventilation fick stöd från i princip samtliga instanser. Även förslaget att åtgärda barnens miljöer stöddes.

Vid årsskiftet 1989/90 utfärdade socialstyrelsen nya allmänna råd (SOSFS 1989:51) om ventilation i bostäder m.fl. lokaler.

Förutom allergiutredningen har bostadsdepartementet behandlat frågor om s.k. sjuka hus i bostadsdepartementets promemoria Byggnaders inomhusmiljö m.m. (Ds 1991:14). Även promemorian har remissbehandlats.

På grundval av allergiutredningen och promemorian har förslag lagts fram i proposition 1990/91:145 om byggnaders inomhusmiljö m.m. som regeringen nyligen överlämnat till riksdagen. I propositionen framhålls att brister i fråga om ventilation brukar anges som en av de viktigaste faktorerna för uppkomsten av s.k. sjuka hus. Regeringen föreslår därför att en ordning för funktionskontroll av ventilationssystem införs. Byggnadens ägare skall ansvara för att funktionskontroller görs dels innan ventilationssystemet tas i bruk, dels därefter vid regelbundet återkommande tillfällen. En sakkunnig som fått godkännande av boverket skall kontrollera systemen.

De grundläggande kraven på god luftkvalitet bör enligt propositionen även i fortsättningen garanteras genom krav på bestämda luftflöden. Boverket föreslås få i uppdrag att i samråd med andra berörda myndigheter göra en utvärdering av dagens krav på uteluftsflöden sammanställda med de medicinska, energipolitiska och tekniska krav som bör ställas. Frågan om s.k. återluft bör nogt övervägas och utgå från kraven på luftkvalitet. Boverket föreslås få i uppdrag att utreda även denna fråga.

Något förslag till särskild lag om produktinformation om byggvaror läggs inte fram. Frågan bör enligt regeringen i stället lösas inom kemikalielagstiftningens ram. De åtgärder som enligt propositionen i första hand behövs för att få en bättre tillämpning av kemikalielagstiftningen är att effektivisera tillsynen av dess efterlevnad när det gäller byggvarors innehåll och kemisk avgivning från byggvaror. Vidare bör utarbetas tillämpningsföreskrifter som tar sikte på bristande produktinformation.

Förordningen (1985:835) om kemiska produkter bör enligt propositionen ändras så att boverket ges ansvar för bl.a. produktinformation om byggvaror.

Med anledning av förslag i promemorian om byggnaders inomhusmiljö bereds för närvarande inom bostadsdepartementet frågan om en särskild lag om byggnadsgaranti. Förslaget planeras i huvudsak innebära att en byggnadsgaranti skall finnas när ett flerbostadshus uppförs eller byggs om. Garantin som planeras gälla under en tioårsperiod skall omfatta skälig kostnad för att avhjälpa fel i byggnadens konstruktion, material eller utförande samt skador på huset som orsakas av fel. Bakgrunden till att en byggnadsgaranti planeras är bl.a. att väsentliga byggfel antas medföra olägenheter – t.ex. hälsorisker – för dem som bor eller vistas i lägenheten eller bostaden. Byggnadsgarantin förväntas innebära att hälsofarliga inomhusmiljöer saneras snabbare än i dag.

I sammanhanget kan också nämnas att socialstyrelsen för ett år sedan gav ut allmänna råd om bedömning av hälsorisker från vissa golvmaterial (SOSFS 1989:45). Vidare kan nämnas att boverket och byggnadsforskningsrådet i samverkan med byggbranschen under åren 1991-1993 genomför en kampanj "Hus och hälsa" med syfte att öka kunskaperna om hur man kan undvika ett boende som skapar problem, och att Nordiska kommittén för byggnadsbestämmelser bedriver en samnordisk verksamhet med syfte att förbättra inomhusklimatet. Kommittén har utarbetat nya rekommendationer om luftkvalitet i byggnader vilka kommer att presenteras under år 1991.

Regeringen avser att uppdra åt socialstyrelsen att i samverkan med boverket och arbetarskyddsstyrelsen initiera, stödja och utvärdera upprustning av skollokaler och barnstugor.

Regeringen anser att hälsoaspekter bör beaktas vid planering av landets energiförsörjning. Åtgärder för att spara energi kan och bör genomföras på sådant sätt att de inte kolliderar med målen för en god hälsa.

Inomhusmiljö i arbetslivet

Allergikutredningen föreslog olika åtgärder för att förbättra inomhusklimatet på arbetsplatser. Bl.a. föreslogs att företagshälsovården skulle få en aktiv roll redan när lokaler planeras. Dessa förslag togs upp av ett tiotal remissinstanser varav de flesta var positiva. Arbetarskyddsstyrelsen framhöll att föreskrifter med kvalitetskrav på inomhusklimat redan håller på att utarbetas.

Förslagen i propositionen om byggnaders inomhusmiljö m.m. gäller även arbetsmiljö. Därutöver är föreskrifter om luftkvalitet under utarbetande hos arbetarskyddsstyrelsen.

Övrigt

Övriga förslag rörande inomhusmiljön gäller bl.a. begränsning av heltäckande textilmattor och förbättrad städning.

Heltäckande textilmattor medför i hög grad problem för allergiker inte minst därför att mattorna ofta funnits länge och inte rengjorts effektivt. Utredningen föreslog att heltäckande textilmattor borde bytas ut mot släta golv i en rad offentliga lokaler. Allergikutredningen föreslog också olika åtgärder för att förbättra städningen, såsom ökat ansvarstagande, utfärdande av städregler, personalpolitiska insatser, installation av centralsugare m.m.

Vad beträffar utredningens förslag om golvbeläggning var remissreaktionen blandad. Knappt tio instanser uttryckte specifikt stöd för förslagen, däribland socialstyrelsen och Riksförbundet mot astma och allergi. Ungefär lika många var tveksamma till förslagen eller avstyrkte dem. Negativa till förslagen var framför allt företrädare för branschintressen. Dessa hävdade att det sakliga underlaget för förslaget var bristfälligt. Även företrädare för de hörselskadade var kritiska mot förslaget mot bakgrund

av att textilmattor har akustiska fördelar. Socialstyrelsen utkom redan år 1980 med en rekommendation om begränsning av heltäckande textilmattor i vissa lokaler (SOSFS (M) 1979:91). Rekommendationen innebär främst att heltäckande textilmattor inte skall användas i offentliga lokaler där barn vistas, såsom i förskolor och skolor. Dessutom förespråkas en successiv avveckling av befintliga heltäckande textilmattor i sådana lokaler.

Vi finner det önskvärt att golvmaterialet utvecklas så att de kan tillgodose de hörselskadades behov av en god akustisk miljö samtidigt som de tillgodoser allergikernas krav på ren miljö.

Förslagen rörande städning togs upp av ett femtontal remissinstanser. Kraven fick brett stöd av samtliga. Endast vad gäller kravet på installation av centralsugare gav några byggansvariga uttryck för viss tveksamhet – främst av kostnadskäl. Socialstyrelsen utfärdade för ett år sedan i samråd med skolöverstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och fritidsgårdar (SOSFS 1989:46). Konsumentverket arbetar också med att pröva och informera om lämpliga städmaterial.

12.4.4 Yttre miljö

Utsläpp o.dyl.

Allergiutredningen föreslog en rad åtgärder för att begränsa luftföroreningarna i utomhusmiljön såsom att minska utsläppen genom att använda bästa tillgängliga teknik, minska biltrafiken etc. Vidare föreslogs att åtgärder skall vidtas för att uppnå naturvårdsverkets riktvärden för luftkvalitet till år 2000.

Förslagen till åtgärder för att begränsa luftföroreningarna i utomhusmiljön fick stöd av några remissinstanser, däribland statens naturvårdsverk och Landstingsförbundet. Riksförbundet mot astma och allergi ansåg däremot inte att naturvårdsverkets förslag till riktlinjer kan ligga till grund för bedömningar av hälsorisker hos allergiker och andra överkänsliga då dessa gränsvärden är för höga och samverkans effekter av olika luftföroreningar inte framgår.

Propositionen En god livsmiljö (prop. 1990/91:90) innehåller förslag i nämnda avseenden. För närvarande avvaktar vi riksdagens ställningstaganden. I sammanhanget kan nämnas naturvårdsverkets aktionsprogram Luft 90 som bl.a. behandlar luftföroreningar i tätorter och som ingick i underlagsmaterialet till den nämnda propositionen. Naturvårdsverket har också gett ut allmänna råd med riktvärden för luftkvalitet (1990:9). Storstadstrafikkommittén har vidare i sitt betänkande Storstadstrafik 5 (SOU 1990:16) behandlat hälso- och miljöeffekter i storstäder.

Allergiutredningen fann att pollen- och sporrappporter till allmänheten är värdefulla. Det är enligt utredningen viktigt med en genomtänkt organisation och utbyggnad av mätstationer. Allergiutredningen föreslog att Naturhistoriska riksmuseet, som är den myndighet till vilken palynologiska laboratoriet hör, får i uppdrag att tillsammans med Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut (SMHI) överväga hur en fortsatt pollenrapportering och service till allmänheten skall kunna komma till stånd och samordnas med behovet av att bygga ut mätstationer för den palynologiska forskningen. Utredningens förslag kommenterades av ett fåtal remissinstanser som samtliga stödde detta.

Naturvårdsverket har ett samordnande ansvar för miljöövervakningen. Vi bedömer att pollen- och sporrappporter är till gagn för pollenallergiska personer.

I Stockholm är det palynologiska laboratoriet som sköter denna rapportering. Laboratoriet svarar dessutom för en rikstäckande sammanställning av pollenrapporter samt information med utgångspunkt i dessa. Laboratoriet utreder för närvarande i samråd med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och SMHI m. fl. organisation och finansieringsformer för en utbyggd pollen- och sporrappportering. Regeringen har i statsbudgeten beräknat medel för bidrag till palynologiska laboratoriets arbete med pollen- och sporrappportering.

Avstånd till djurhållning

Hästhållning och ridning inom bostads- och fritidsområden orsakar stora problem för allergiker.

Utredningen framhöll att det ur allergikernas synpunkt kan behövas större avstånd än vanligt (skyddszoner) mellan störande verksamhet och bostadsbebyggelse. Utredningen föreslog att avståndet mellan bostads- och fritidsbebyggelse och djurhållning resp. ridstigar i tätbebyggt område inte bör understiga 500 m. Förslaget berördes av ett fåtal remissinstanser. Socialstyrelsen påtalade att hänsyn till människor som är känsligare än normalt skall tas i all planering och uppmärksammade speciellt skolor och förskolor. Norrköpings kommun menade dock att hänsynen till allergiker står i direkt motsatsställning till möjligheterna att ha hästar i tätort och finner det mera rimligt att hålla något eller några områden hästfria.

Förslaget om skyddsavstånd vid djurhållning är närmast en planfråga som bör beaktas vid planering av bostadsområden. Vi anser i likhet med socialstyrelsen att hänsyn till allergiker bör tas i all planering, i synnerhet vid planering av skolor och förskolor.

Vedeldning i bl.a. braskaminer i tätbebyggda områden orsakar ofta besvär hos astmatiker och allergiker.

Allergiutredningen föreslog att miljövänliga eldningsmetoder bör användas och att teknik skall utvecklas med syfte att minska problem på grund av vedeldning. Ett par remissinstanser stödde allergiutredningens förslag men ville utvidga förslagen till att gälla såväl befintliga som nyetablerade anläggningar.

Frågan om bedömning av och åtgärder vid sanitär olägenhet i samband med vedeldning är en fråga för de lokala miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Regeringen anser dock att det skulle vara av värde om naturvårdsverket och socialstyrelsen i samråd utarbetade allmänna råd om miljövänliga eldningsmetoder. Vad beträffar frågan om teknikutveckling med syfte att minska problem i samband med vedeldning har Styrelsen för teknisk utveckling (STU) ansvar för att stödja utvecklingsarbete av sådant slag.

12.4.5 Kemiska produkter

Kemiska produkter kan ge upphov till allergiska reaktioner av olika slag, t.ex. i luftvägarna och i form av hudexem.

Allergiutredningen föreslog en översyn och komplettering av kemikalieinspektionens lista över allergiframkallande ämnen. Utredningen föreslog också en förbättring av produktinformationen. Socialstyrelsen, kemikalieinspektionen, Malmö kommun och ytterligare sex remissinstanser ställde sig positiva till allergiutredningens förslag. Kritiska synpunkter framfördes från ett par instanser.

Arbete med att utvärdera och klassificera potentiella allergen pågår kontinuerligt inom kemikalieinspektionen. Inspektionen har också som målsättning att en gång per år revidera allergilistan. Nyligen har 12 nya ämnen förts upp på denna. Allergifrågorna har också prioriterats i regeringens förslag till treårsbudget för kemikalieinspektionen. Med Apoteksbolagets hjälp har inspektionen gjort en kartläggning av vilka ämnen som mest frekvent orsakar allergi vid hudkontakt och inandning. Dessa ämnen har bedömts som de mest angelägna att åtgärda. Kemikalieinspektionen har också påbörjat ett arbete för att åstadkomma en bättre innehållsdeklaration och märkning av kemiska konsumentprodukter, med avseende på innehåll av allergiframkallande ämnen.

12.4.6 Livsmedel

Tydlig innehållsdeklaration är en viktig förutsättning för att underlätta tillvaron för den som är överkänslig för livsmedel.

Utredningen föreslog bl.a. utökad kontroll av livsmedlens sammansättning och av telefonservice etc. Vidare betonades nödvändigheten av rättvisande innehållsdeklaration. Flertalet av förslagen tillstyrktes av livsmedelsverket vilket är den myndighet som berörs. Livsmedelsverket

stödde också utredningens åsikt att det vid ett eventuellt EG-samarbete är nödvändigt att den märkning vi har i dag upprätthålls och utvecklas. Livsmedelsverket arbetar redan aktivt med de frågor som aktualiserats av utredningen. Livsmedelskontrollen håller också på att byggas upp på ett delvis nytt sätt. Detta kommer att gagna alla konsumenter, inte minst allergiker. Inom verket har man förklarat sig beredd att även fortsättningsvis ge telefonservice främst till sjukvårdspersonal och att följa utvecklingen bl.a. när det gäller betydelsen av vegetabiliska fetter för allergi.

12.4.7 Konsumentprodukter i övrigt

Allergiutredningen la fram flera förslag om provning av olika artiklar och information om produkter som kan vara allergiframkallande. Frågan om riktlinjer för formaldehyd i kläder bedömdes av utredningen som angelägen. Konsumentverket ansåg att de framlagda förslagen låg väl inom ramen för verkets kompetens och arbetsområden. Konsumentverket, statens provningsanstalt och kemikalieinspektionen fann det också angeläget att textilier inte innehåller oacceptabla halter av formaldehyd.

Regeringen har i den senaste forskningspolitiska propositionen (prop. 1989/90:90), vilkens förslag riksdagen antagit, markerat konsumentverkets betydelsefulla roll för provning av konsumentprodukter. Konsumentverket har också med vissa undantag förklarat sig berett att ta de initiativ som föreslagits av allergiutredningen. Vissa uppgifter har verket funnit vara lämpade att behandla i den till verket knutna konsumenttekniska nämnden. Konsumentverket har också en viktig roll som kunskapspridare bl.a. med hjälp av sina konsumentvägledare, tidskrifter och faktablad.

Beträffande formaldehyd beslöt regeringen år 1989 på förslag från socialstyrelsen att sänka gränsvärdet i inomhusmiljöer. Enligt kemikalieinspektionens föreskrifter kommer man fr.o.m. den 1 januari 1991 inte heller att få tillverka träbaserade skivor som avger mer formaldehyd än 0,13 mg per kbm luft.

Vad beträffar formaldehyd i textilier finns f.n. inga svenska gränsvärden. Kemikalieinspektionen har rekommenderat tillverkare och importörer att följa de finska gränsvärdena. Regeringen finner det angeläget att gränsvärden för formaldehyd i kläder snarast utarbetas. Kemikalieinspektionen planerar också ett sådant arbete.

Nickelallergi är ett allvarligt problem som allergiutredningen också uppmärksammat. För att förbättra möjligheten att undvika uppkomst av nickelallergi har socialstyrelsen utfärdat allmänna råd om håltagning i öronen (SOSFS 1989:40). Statens provningsanstalt har också börjat analysera nickelhalten i bl.a. smycken. Anstalten har vidare utarbetat en särskild symbol för låg nickelhalt. Ytterligare upplysning krävs dock av ansvariga myndigheter för att göra framför allt skolungdomar uppmärksamma på riskerna med nickelhaltiga smycken.

12.4.8 Biomaterial

Med biomaterial (implantat) avses material som inte är biologiskt och som ansluts till, infogas i eller ersätter biologisk vävnad, t.ex. kontaktlinser, spiraler, plaströr i öronen, konstgjorda leder och blodkärl samt tandfyllningar.

Allergikutredningen föreslog att en obligatorisk kontroll skulle införas av biomaterials kvalitet och säkerhet och att ett biverkningsregister skulle upprättas för allergiska biverkningar av biomaterial. Förslagen om biomaterial har kommenterats av några remissinstanser, bl.a. Landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund, vilka samtliga tillstyrkte dessa.

De åtgärder som utredningen föreslog sammanfaller med förslag som lagts fram i betänkandet Medicinteknisk säkerhet (SOU 1987:23) samt i socialstyrelsens rapport Kontroll och tillsyn av dentala material (Ds S 1986:2). Allergikutredningens förslag rörande biomaterial kommer att behandlas i anslutning till beredningen av övriga förslag på området. I detta sammanhang måste vägas in det arbete på området som bedrivs inom EG.

12.4.9 Läkemedel

Läkemedelsbiverkningar utgör ett allvarligt problem inom sjukvården, och innehållsdeklarationerna för läkemedel kan vara svåra att förstå för konsumenterna.

Allergikutredningen föreslog att innehållsdeklarationerna skall förbättras och att läkare i ökad omfattning skall informera om vilka läkemedel som kan ge biverkningar. Vidare föreslogs krav på särskild märkning av läkemedel som ofta ger upphov till överkänslighetsreaktioner. Förslagen tillstyrkes av medicinska forskningsrådet (MFR) och Landstingsförbundet och vad beträffar födoämnesallergen även av socialstyrelsen som då ansvarade för frågor om läkemedel. Socialstyrelsen fann emellertid förslaget om särskild allergimärkning av läkemedel orealistiskt.

Vi anser det angeläget att kända födoämnesallergen såsom mjölk, soja, ägg, nötter och fisk i läkemedel deklarerar eftersom personer som är överkänsliga för sådana ämnen kan drabbas svårt. Vi finner emellertid inte behov av att vidta några särskilda åtgärder med anledning av allergikutredningens förslag, eftersom dessa ligger inom det område som det den 1 juli 1990 inrättade läkemedelsverket har till uppgift att bevaka.

12.4.10 Register och informationssystem

Allergikutredningen fann att det finns behov av ytterligare epidemiologiska studier för att öka kunskaperna om olika riskgrupper och riskmiljöer. Detta skulle kunna ge bättre underlag för prioritering. För att förbättra de epidemiologiska kunskaperna föreslog utredningen att olika forskningsråd borde prioritera studier om allergi. Socialstyrelsens och SCBs statistiska register föreslogs också utvecklas. Vidare föreslogs att socialstyrelsen i

samarbete med skolöverstyrelsen skulle få i uppdrag att se över registreringen av allergier vid barnvårdscentralerna och inom skolhälsovården samt att biverkningsrapporteringen borde förbättras. Förslagen kommenterades av socialstyrelsen och forskningsrådsnämnden. Båda ställde sig bakom förslagen. Nämnden betonade att fler forskningsorgan än de som utredningen nämnt kan bli engagerade i forskningsprojekt inom området.

Regeringen delar utredningens uppfattning att det finns behov av bättre kunskaper om hur allergiska sjukdomar och överkänslighetsbesvär utvecklas över tiden. I forskningspolitiska propositionen (prop. 1989/90:90) föreslogs att det socialvetenskapliga forskningsrådet skulle få ansvar för en långsiktig satsning på folkhälsovetenskaplig forskning.

När det gäller översyn av den löpande registreringen av allergiska besvär vid barnvårdscentralerna och skolläkarmottagningarna och att föranstalta om en särskild registrering vid några mottagningar är detta en fråga som faller inom ramen för aktuella myndigheters ordinarie verksamhet.

Inom socialstyrelsens folkhälsoenhet pågår för närvarande, som tidigare nämnts, en uppbyggnad av ett epidemiologiskt centrum, med uppgift att inte bara administrera socialstyrelsens hälsoregister utan även att göra epidemiologiska studier. Förslaget om regelbunden avrapportering av den epidemiologiska och miljömedicinska forskningen om allergiska sjukdomar och annan överkänslighet bör kunna verkställas vid socialstyrelsens föreslagna epidemiologiska centrum i samråd med berörda forskningsorgan.

Läkemedelsbiverkningar kan vara av olika karaktär och svårighetsgrad, som ibland kan få mycket allvarliga konsekvenser. Vi överväger att uppdraga åt läkemedelsverket att närmare granska erfarenheterna av försöksverksamheter med registrering av läkemedel vid vårdcentraler med datoriserade patientregister. Om verket bedömer erfarenheterna som goda är det angeläget att sprida kunskaperna därom.

12.4.11 Utbildning och information

Information till allmänheten är en viktig del i ett allergiförebyggande arbete. Utredningen konstaterade att det behövs en kunskaphöjning på samtliga områden som utredningen behandlade. Mot bl.a. denna bakgrund föreslogs inrättandet av ett allergicentrum (se p. 12.4.12). När det specifikt gäller arbetsmiljön konstaterade utredningen att behovet av kunskaper om arbetsrelaterade allergiproblem är stort. Utredningen föreslog därför att åtgärder skulle vidtas för att höja kunskapsnivån hos såväl arbetsgivare som arbetstagare. Även informationen på arbetsplatser föreslogs förbättrad. Utredningen föreslog också att samarbetet mellan skolhälsovården och syoverksamheten skulle förstärkas och att samarbete mellan syoverksamheten och arbetslivet skulle utvecklas.

Förutom att arbetarskyddsstyrelsen har ett ansvar på detta område kommer det planerade allergicentrumet att ge möjligheter att förbättra dagens situation. Regeringen har erfarit att arbetarskyddsstyrelsen tillsammans med arbetsmarknadsinstitutet och skolöverstyrelsen arbetar med ett

projekt med avsikt att komplettera läroplanen med arbetsmiljöfrågor. Allergi och annan överkänslighet ingår som ett led däri. Skolhälsovården, syverksamheten och arbetsförmedlingen har viktiga roller vid yrkesvägledning och stöd inför arbete.

I sammanhanget kan nämnas att skolöverstyrelsen anordnat kurser om allergi för skolhälsovårdens personal. Vidare har styrelsen utarbetat en rapport om allergier i skolan för skolpersonal. Denna publiceras nu i vår.

12.4.12 Organisatoriska förslag

Allergicentrum

Allergikutredningen föreslog att man som komplement till insatser på kommunal- och myndighetsnivå skulle bilda ett allergicentrum med stat och näringsliv som finansierare. Allergicentrumets huvuduppgifter föreslogs vara information och utbildning, forskningsrapportering, samarbete och samordning. Förslaget fick stöd av ett tiotal instanser. Socialstyrelsen ville utvidga förslaget till ett mera allmänt centrum för hälsoinformation om olika folksjukdomar. Åtta instanser var kritiska eller tveksamma till förslaget, däribland riksrevisionsverket och naturvårdsverket. Flera remissinstanser lämnade också synpunkter på den verksamhet som föreslogs för allergicentrum.

Regeringen har i budgetpropositionen för budgetåret 1991/92 bl.a. föreslagit att 1 milj.kr. skall tillskjutas som startbidrag för att göra det möjligt att inrätta ett allergicentrum i enlighet med allergikutredningens förslag. Regeringen uppdrog i mars i år åt en särskild utredningsman, att utreda och föreslå dimensionering av ett sådant centrum vars inriktning bör vara att genom information och opinionsbildande arbete verka för mer allergisäkra miljöer och öka kunskapen hos olika personalgrupper och allmänheten. Ett sådant centrum bör också initiera och stödja forskning, särskilt tvärsektorieell sådan.

Organisatoriska förslag i övrigt

Allergikutredningen föreslog att allergikommittéer skulle bildas på kommunal nivå i samverkan mellan kommuner, landsting, Riksförbundet mot astma och allergi och andra organisationer. Utredningen föreslog också att en allergigrupp skulle inrättas på socialstyrelsen med uppgift att samordna allergiförebyggande arbete på myndighetsnivå och att stimulera till allergiförebyggande arbete i kommuner och landsting, verka för kunskaps-spridning och utbildning samt att följa allergiutvecklingen på nationell nivå. Vidare föreslog utredningen att en arbetsgrupp skulle tillsättas inom socialdepartementet med uppgift att ta fram strategier för allergiförebyggande åtgärder samt att initiera och samordna departementets genomförandearbete i allergifrågor.

Allergiutredningens förslag om allergikommittéer på kommunal nivå fick stöd av ett tiotal remissinstanser. Flera ansåg att frågan om att inrätta lokala allergikommittéer måste beslutas lokalt. Utredningens förslag om att inrätta en särskild allergigrupp på socialstyrelsen fick stöd av några instanser. Vissa ansåg att det inte fanns behov av någon särskild allergigrupp om ett allergicentrum inrättas. Landstingsförbundet och LO har förordat att det centrala arbetet med att utforma inriktningen av det fortsatta allergiförebyggande arbetet skall ske inom ramen för Folkhälsogrupperna.

I flera kommuner finns redan allergikommittéer eller liknande verksamheter vars erfarenheter rapporterats vara goda. Ett alternativ till lokala allergikommittéer kan vara de lokala hälsoråd som redan finns i många kommuner. Valet av former för det lokala allergiförebyggande arbetet bör beslutas lokalt. Regeringen anser att socialstyrelsen själv bör få besluta om sin inre organisation. Vi finner vidare att det centrala arbetet med att utforma inriktningen av det fortsatta allergiförebyggande arbetet kan beredas dels inom Folkhälsogrupperna, dels av sakkunniga inom socialdepartementet. Behov av någon särskild allergigrupp härutöver bedöms inte föreligga.

12.4.13 Allergiforskning

Det finns enligt allergiutredningen starka skäl för att intensifiera forskningen om allergi/överkänslighet. Utredningen föreslog därför att forskning om allergi/överkänslighet görs till ett prioriterat område i regeringens förslag till forskningspolitiska satsningar och att forskning och forskarutbildningen förstärks inom områdena allergi/överkänslighet och andra områden såsom medicinsk grundforskning och klinisk forskning, epidemiologi, inomhusmiljö, arbetsmiljö, utomhusmiljö och handikappforskning. Vidare föreslog utredningen att särskild vikt läggs vid forskning om sambanden miljö, i synnerhet inomhus- och utomhusmiljön, och allergi/överkänslighet och att behoven av forskning och utbildning inom allergiområdet i ökad utsträckning tillgodoses genom lokalt initierat arbete. Utgångspunkten för detta borde enligt utredningen vara lokala problem och strävan att tillgodose lokala kunskapsbehov. Allergiutredningens förslag fick starkt stöd av det tiotal remissinstanser som berörde förslagen.

I propositionen Om forskning (prop. 1989/90:90) utpekades inte allergiforskning specifikt som prioriterat område. Däremot har regeringen särskilt beaktat behovet av medel för folkhälsovetenskaplig forskning. Allergi kan betraktas som en sådan bred folksjukdom som avses i propositionen. Vidare görs, med speciell hänvisning till allergiutredningens betänkande, en särskild satsning på problem med s.k. sjuka hus, där kunskapsbehoven fortfarande är mycket stora. Regeringen framhåller också explicit att "alla myndigheter som har ansvar för forskning och utveckling skall beakta och prioritera miljöfrågorna i sina forskningsprogram". Regeringen anser vidare att konsumentforskningen bör ges stöd för att kunna etablera sig

långsiktigt. Konsumentverket och konsumenttekniska nämnden bör, enligt propositionen, få förstärkta resurser för att på olika sätt stödja forskning, initiera förprojekt, sprida information om forskning samt medverka till att forskargrupper bildas.

I nämnda proposition har också särskilt beaktats behovet av medel för folkhälsovetenskaplig forskning och forskning om inomhusmiljön. Vidare har viktiga områden för forsknings- och utvecklingsbehov inom miljöområdet utpekats, bl.a. forskning om ett miljövänligare transportsystem och ett miljövänligt energisystem.

Sammantaget innebär dessa satsningar att flera av allergiutredningens förslag om forskning redan beaktats.

Som framgår av den forskningspolitiska propositionen pågår inom Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet ett beredningsarbete i syfte att påbörja en mer systematisk och omfattande forskning och utveckling (FoU) inriktad på kommunernas och landstingens behov av kunskaper för att utveckla och förnya den egna verksamheten. Avsikten är att denna FoU-verksamhet skall finansieras av kommunerna och landstingen själva. Svenska Kommunförbundet har i detta syfte beslutat att kraftigt öka sina anslag till kommunalt inriktad FoU-verksamhet under åren 1990-1992. Därmed ges ekonomiska förutsättningar för en ökad satsning också på lokalt initierat FoU-arbete inom allergiområdet.

Regeringen har också erfarit att det inrättats ett lokalt centrum för astma- och allergiforskning vid Karolinska institutet. Inom ramen för naturvårdsverkets forskningsprogram har vidare ett par allergiprojekt prioriterats.

Regeringens bedömning: Förslag till lagstiftning för att motverka dopning bör läggas fram. Förslaget bör väsentligen grundas på betänkandet (Ds 1989:60) Åtgärder mot dopning, vilket har remissbehandlats.

Skälen för regeringens bedömning: Dopning har sedan länge använts i samband med idrottsutövning och innebär i princip att idrottsutövaren förbättrar sin prestationsförmåga på ett konstlat sätt. De preparat som används i dopningssammanhang är till övervägande del att hänföra till läkemedel. De används dock i dessa sammanhang inte alltid på medicinska indikationer och ofta i helt andra doseringar än som avsetts. Dopning är därmed inte endast en idrottsetisk fråga utan kan också innebära en hälsorisk för utövaren.

Dopning, som ursprungligen förekom i huvudsak bland elitidrottare, har med tiden spritt sig även till nivåerna därunder. Numera är dopning huvudsakligen inte endast ett problem för den egentliga idrottsrörelsen. Även i andra sammanhang där kroppsaktiviteter förekommer utnyttjas dopningsmedel, främst kanske bland kroppsbyggare på motionsnivå. Flertalet av de dopningsmedel som används i Sverige har smugglats in i landet.

Europarådet formulerade redan på 1960-talet följande rekommendation när det gäller att definiera dopning: "Dopning är friska människors bruk av eller administrering av kroppsfrämmande ämnen i någon form eller fysiologiska substanser som tillföres kroppen i onormala mängder eller på ett onormalt sätt med den enda avsikten att höja prestationsförmågan i tävling på ett konstlat och osportsligt sätt. Dessutom måste olika psykologiska metoder att öka den sportsliga prestationsförmågan betraktas som dopning".

I Sverige leds kampen mot dopning av Sveriges Riksidrottsförbund (RF). RF bildade år 1977 en dopningskommission. Det program som kommissionen tog fram baserades på information, utbildning och kontrollverksamhet. Arbetet ledde bl.a. fram till inrättandet av ett dopningslaboratorium vid Huddinge sjukhus.

Att använda dopningsmedel i syfte att förbättra olika idrottsprestationer har i Sverige hittills ansetts vara en angelägenhet som i huvudsak enbart rört den organiserade idrotten. Genom att dopning blivit allt vanligare och kommit att utnyttjas inte bara inom elitidrotten har emellertid frågan fått en vidare betydelse. Regeringen kan konstatera att dopning numera förekommer inte endast vid idrottstävlingar utan även utnyttjas under träningsperioder samt att den nått nya grupper, såsom motionärer och kroppsbyggare. Från folkhälsosynpunkt finns därför anledning att uppmärksamma i vart fall sådana typer av dopning där det kan befaras att ett okontrollerat bruk medför skador på den mänskliga organismen. De flesta dopningsmedel är dessutom läkemedel. Staten har sedan lång tid påtagit

sig ett särskilt ansvar för kontrollen över tillverkning av, handel med och användning av läkemedel.

Den svenska idrottsrörelsen har vuxit fram som en folkrörelse och har, till skillnad från vad som är fallet i många andra länder, en från staten oberoende ställning, låt vara att det allmänna funnit att idrotten bör ges betydande ekonomiskt stöd. Utgångspunkten när man överväger olika åtgärder mot dopning bör enligt regeringens mening vara att idrottsrörelsens självständiga ställning måste bestå och att det också i fortsättningen bör vara idrottsrörelsen själv som i första hand driver kampen mot dopning och andra oegentligheter i idrottssammanhang. Idrottsrörelsen har redan visat att den tagit detta ansvar.

Europarådets konvention mot dopning, som öppnades för undertecknande den 16 november 1989, trädde för Sveriges del i kraft den 1 augusti 1990 (prop. 1989/90:142, SoU30, rskr. 316).

Konventionen innebär bl.a. följande. I avsikt att minska och slutligen avskaffa dopning från idrotten åtar sig parterna att vidta alla nödvändiga steg för att kunna tillämpa konventionens bestämmelser. Dopning inom idrott definieras som förmedling till idrottsutövare eller dessa personers bruk av vissa farmakologiska dopningsmedel eller dopningsmetoder. Därvid hänvisas till den dopningslista som skall godkännas av den s.k. övervakningsgruppen. För att begränsa tillgängligheten och bruket av förbjudna dopningsmedel och dopningsmetoder och i synnerhet anabola steroider skall parterna vidta lämpliga lagstiftnings- eller administrativa åtgärder. Under begreppet tillgänglighet inkluderas därvid bestämmelser för att kontrollera omsättning, innehav, införsel, distribution och försäljning. För detta ändamål skall som kriterium för offentliga bidrag gälla att idrottsorganisationerna effektivt tillämpar föreskrifter mot dopning. Parterna skall vidare bistå sina idrottsorganisationer med finansiering av dopningskontroller och analyser, främja dopningskontroller såväl under som vid sidan av tävlingar samt främja överenskommelser om dopningskontroller i andra länder av idrottsorganisationens medlemmar. Konventionen föreskriver vidare att parterna skall verka för att dopningslaboratorier, som kan ackrediteras enligt internationella regler, inrättas. Parterna skall vidare utarbeta utbildningsprogram och informationskampanjer om de faror som dopningen innebär för hälsan och för idrottens etiska värden. Idrottsorganisationerna skall uppmuntras att harmonisera sina anti-dopningsbestämmelser och dopningslistor med motsvarande internationella, liksom reglerna för dopningskontroll och bestraffningsprocedur. Idrottsorganisationerna skall också uppmuntras att arbeta med frågan internationellt. För att övervaka tillämpningen av konventionen har inrättats ett särskilt organ, en s.k. övervakningsgrupp. De stater som anslutit sig till konventionen får vara företrädare i övervakningsgruppen.

Regeringen beslöt den 29 juni 1989 att utreda möjligheterna att via ändringar i läkemedelslagstiftningen minska tillgången på dopningspreparat. Uppdraget redovisades i september 1989 i en promemoria (Ds 1989:60) Åtgärder mot dopning. I denna promemoria gjordes en genomgång av olika dopningsmedel och de åtgärder som hittills vidtagits mot dopning,

såväl nationellt som internationellt. Det konstaterades att en okontrollerad konsumtion av dessa preparat kan innebära en allvarlig hälsofara. Dopning har samtidigt spritt sig till nya grupper och därigenom blivit en angelägenhet inte bara för den organiserade idrotten. Kompletterande lagbestämmelser anses behövliga för att motverka ett icke medicinskt betingat bruk av testosteron, syntetiska anabola steroider samt tillväxthormon. Beträffande övriga typer av dopningspreparat bedöms läkemedels- och narkotikalagstiftningen för närvarande ge tillräckliga möjligheter till kontroll.

I promemorian läggs fram förslag om en särskild lag om vissa medel med hormonell inverkan, som innebär bl.a. att förvärv, innehav och överlåtelse av i lagen angivna preparat bara blir tillåtet för medicinskt eller vetenskapligt ändamål. Överträdelse härav föreslås bli straffbart, i uppsåtliga fall med böter eller fängelse i upp till två år. Det blir härigenom möjligt att utnyttja t.ex. husrannsakan för att utreda misstänkta förfaranden. De medel som avses med bestämmelserna föreslås få en generell definition. Lagen kan därför användas även i fråga om nytillkommande anabola steroider, vilka utvecklas i snabb takt.

I promemorian behandlas även vissa andra insatser mot dopning, bl.a. den fortsatta upplysningsverksamheten till idrottsutövare och allmänhet, test och analysverksamhet samt vissa åtgärder av socialstyrelsen och lantbruksstyrelsen.

Förslaget om kriminalisering av den inhemska hanteringen av dopningspreparat har tagits emot positivt liksom att kriminaliseringen sker genom en separat lag. Vissa remissinstanser har haft lagtekniska synpunkter på gränsdragningen kring preparaten.

I majoriteten av yttrandena uttrycks en tillfredsställelse med avgränsningen av de straffbara förfarandena. Ett fåtal förordar att även själva bruket av preparaten kriminaliseras.

Behovet av ytterligare information om riskerna med dopning understryks med skärpa av flera instanser.

Med denna utgångspunkt bör, för att bedöma behovet av lagstiftningsåtgärder, i första hand granskas de olika medel som används för dopning, med hänsyn tagen såväl till medlens normala medicinska användning som till risken för ett mera okontrollerat bruk av hälsofarligt slag.

Anabola steroider tillförs kroppen i dopningssyfte oftast i stora kvantiteter och under långa tidsperioder. Det är delvis oklart hur en sådan användning påverkar den mänskliga organismen på lång sikt. Läkemedlen är ju inte alls prövade under dessa förutsättningar. De anabola steroidernas funktion – äggvitenybildande – antyder dock att man på ett allvarligt sätt rubbar kroppens normala funktion, och detta ger anledning att befara skadeverkningar i form av störningar i hormonbalansen och fettomsättningen, vilket bl.a. innebär höjd risk för åderförkalkning och kranskärlssjukdomar. Ungdomar som ännu inte slutat växa stannar i växten om de ges anabola steroider. Liksom naturligt testosteron kan anabola steroider leda till en bestående virilisering hos kvinnor samt sterilitet hos män. Även andra skador, bl.a. vissa sällsynta former av

cancer, misstänks ha samband med användning av anabola steroider. Psykisk påverkan har också rapporterats, bl.a. ökad aggressivitet.

Det är alltså klara faror förenade med en okontrollerad användning av anabola steroider. Något bärkraftigt skäl för att acceptera ett alltmer utbrett bruk av dessa medel vid sidan av deras medicinska användning synes inte finnas. Vad som nu sagts gäller även naturligt testosteron, som har ett medicinskt användningsområde men som också kan utnyttjas som dopningsmedel och då har samma typer av skadeverkningar som de syntetiskt framställda anabola steroiderna.

Tillväxthormon, som tidigare varit mycket dyrt och svåråtkomligt, har genom ny teknik börjat kunna framställas i större kvantiteter och kan därför befaras nu börja få större betydelse som dopningsmedel. Läkemedel med tillväxthormon, som används mot dvärgväxt, kan om de konsumeras felaktigt ge allvarliga bestående skadeverkningar. Enligt regeringens mening bör även tillväxthormon hänföras under de skärpta regler som måste övervägas.

Det finns också vissa medel som är avsedda att på ett onaturligt sätt öka kroppens egen produktion av främst testosteron. Detta medför samma faror som en okontrollerad användning av det naturliga hormonet. Det finns därför skäl att i förevarande sammanhang likställa sådana medel med resp. hormonpreparat.

Genom ny teknik har det nu också blivit möjligt att i större kvantiteter och till lägre kostnad framställa erytropoietin, en substans som ökar kroppens produktion av röda blodkroppar. Erytropoietin har tills helt nyligen varit mycket dyrt och svårtillgängligt på marknaden. Beredningar av substansen är registrerade som farmaceutiska specialiteter och används bl.a. i samband med transplantationer. Substansen uppges, efter nyligen utförda test, ha en prestationshöjande effekt och befaras kunna bli aktuellt som dopningsmedel. Ett problem i sammanhanget är att underlaget för att kunna bedöma eventuella negativa medicinska effekter av de blodbildande substanserna är mycket begränsat. Det kan dock noteras att erytropoietin nyligen har förts upp på den till europarådskonventionen fogade listan över dopningsmedel. Frågan om lagreglering av dessa substanser bör ske utöver vad som gäller enligt läkemedelsförfattningarna får prövas i det fortsatta beredningsarbete som krävs.

Något skall också sägas om s.k. bloddopning, dvs. metoden att utnyttja blodtransfusion – av eget eller annans blod – för att öka prestationsförmågan inför en tävling. Detta är uppenbart en metod som kräver insatser av medicinskt skolad personal och inte kan användas direkt av idrottsutövarna själva. Redan på grund härav kan man utgå från att det inte kan bli någon mera utbredd företeelse. Det medicinska yrkesansvaret för läkare och sjuksköterskor torde här utgöra en tillräcklig garanti mot missbruk.

Som regeringen tidigare framhållit har idrottsrörelsen förklarat sig beredd att också i fortsättningen ta ansvaret för kampen mot dopning och andra oegentligheter i idrottssammanhang. Regeringen anser därför att lagstiftningsåtgärder i ämnet i princip bör inskränkas till vad som kan behövas med hänsyn till det ansvar som staten har för läkemedelskontroll

och läkemedelshantering och till de hälsofaror som idrottsutövarna, och då särskilt idrottande ungdomar, medvetet eller omedvetet kan utsätta sig för genom att dopa sig. Denna avgränsning stämmer väl överens med uppfattningen hos flertalet av remissinstanserna. En sådan inriktning av lagstiftningsåtgärderna ligger också i linje med innehållet i Europarådets konvention mot dopning.

Beträffande den huvudsakliga innebörden av den lagreglering som behövs har regeringen lika lite som remissinstanserna någon annan uppfattning än som redovisas i promemorian. Det innebär att begränsningar i tillgängligheten av dopningsmedel bör uppnås genom en reglering som förbjuder och straffbelägger olika former av hantering, bl.a. innehav, av sådana medel.

Undantag bör givetvis göras om substanserna hanteras för medicinskt eller vetenskapligt ändamål. Straffskalan vid brott som innebär överträdelse bör bestämmas så, att det blir möjligt att tillämpa straffprocessuella tvångsmedel, t. ex. husrannsakan, under brottsutredning. Möjligheterna bör finnas att förverka dopningsmedel, som varit föremål för brott och vinning genom brott mot den avsedda lagstiftningen.

Regeringen avser att, sedan ärendets beredning, innefattande bl.a. lagrådsbehandling, har slutförts, återkomma till riksdagen med en proposition i ämnet senare i år.

14 VISSA FRÅGOR RÖRANDE HÄLSOVÅRDHEM OCH HÄLSOHEM

Prop. 1990/91:175

Regeringens bedömning: Mot bakgrund av alternativmedicinkommitténs förslag bör stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m. omarbetas med syfte att särskilja den verksamhet som bedrivs vid hälsovårdshemmen från annan hälsohemsverksamhet.

Alternativmedicinkommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som yttrat sig över förslaget har flertalet tillstyrkt detta.

Skälen för regeringens bedömning: Alternativmedicinkommittén, som slutförde sitt arbete år 1989, har i Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60) behandlat hälsohemmens verksamhet.

Kommittén har definierat hälsohem enligt följande: Hälsohem är en institution som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte, och i vissa fall även för behandling och rehabilitering, bedriver verksamhet med framför allt vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter samt utbildning och information i livsföringsfrågor.

Hälsohem omfattar dels institutioner som förfogar över goda medicinska och tekniska resurser, dels hem för ett fåtal patienter/gäster som drivs under ganska enkla förhållanden. Vissa hälsohem har en högt utbildad behandlarstab, andra hem har inte tillgång till personal med formell kompetens i medicinskt avseende. Vid en del hem bedrivs en etablerad medicinsk verksamhet medan andra främst tillämpar alternativa behandlingsformer. Vissa hälsohem är inriktade på behandling och vård, andra erbjuder främst friskvård. Hälsohemsverksamhet är i dag följaktligen inte ett entydigt begrepp. I den mån hälso- och sjukvården behöver utnyttja de vård- och behandlingsresurser som finns vid vissa hälsohem är det angeläget att kunna särskilja dessa.

I likhet med alternativmedicinkommittén anser regeringen att de hälsohem som bedriver vård och behandling skall benämnas hälsovårdhem. Särskilda kriterier för tillstånd att bedriva sådana hem bör utarbetas med utgångspunkt i att institutionerna som ges tillstånd arbetar efter de principer för förebyggande och hälsofrämjande verksamhet som kännetecknar hälsohemmen men dessutom erbjuder medicinsk behandling och sjukvård vanligtvis enligt principer för biologisk medicin. Avsikten med detta är att skapa en ordning för kontrollen som bidrar till att ge ökade garantier för vårdens inriktning vid dessa hem. Beteckningen hälsovårdhem kan ses som en konsumentupplysning till patienterna/gästerna.

Alternativmedicinkommittén har inte utarbetat något förslag till författning. Den s.k. tillsynsutredningen (dir 1987:21) behandlar bl.a. frågor som gäller stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m. Frågan om särskiljande av hälsovårdhem får beredas i anslutning till denna översyn.

15 ÄRENDET TILL RIKSDAGEN

Prop. 1990/91:175

Med hänvisning till vad som anförts föreslår regeringen

1. att riksdagen godkänner de allmänna riktlinjer för folkhälsopolitiken som föreslås (avsnitt 8),
2. att riksdagen godkänner att ett folkhälsoinstitut med de uppgifter och den verksamhetsinriktning som anges i avsnitt 9 inrättas den 1 januari 1992,
3. att riksdagen godkänner de riktlinjer för alkoholpolitiken som anges i avsnitt 10.7,
4. att riksdagen till *Statens folkhälsoinstitut* för budgetåret 1991/92 under femte huvudtiteln anvisar ett reservationsanslag på 47 500 000 kr.,
5. att riksdagen godkänner de förordade riktlinjerna för resursförstärkningar till folkhälsoinstitutet för budgetåren 1992/93, 1993/94 och 1994/95 (avsnitt 9).

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 april 1991

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Engström, Hjelm-Wallén, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén, Freivalds, Lööw, Persson, Molin, Sahlin, Larsson, Åsbrink

Statsråden Thalén och Lindqvist anmäler *vissa folkhälsofrågor*.

Regeringen beslutar att genom proposition lämna förslag till riksdagen om vissa folkhälsofrågor i enlighet med bilagan till detta protokoll.

Ur protokollet:

Maud Melin

Propositionens huvudsakliga innehåll	1
1 INLEDNING	4
1.1 Mål för hälsopolitiken	4
1.2 En hållbar utveckling ur ett folkhälsoperspektiv	4
1.3 Hälsopolitisk jämlikhetsarbete	6
1.4 Folkhälsoarbetets sektorsövergripande karaktär	7
1.5 Utgångspunkter för denna proposition	8
2 HÄLSANS UTVECKLING OCH FÖRDELNING	11
2.1 En god hälsa för alla	11
2.2 Hälsans utveckling i ett internationellt perspektiv	12
2.3 Hälsans utveckling i Sverige	14
2.4 Hälsans ojämlika fördelning	15
2.5 Vissa grupper	16
2.5.1 Kvinnor	16
2.5.2 Barn och ungdom	17
2.5.3 Äldre	19
2.5.4 Handikappade	20
2.5.5 Invandrare	21
3 HÄLSANS VILLKOR	22
3.1 Kost	22
3.2 Fysisk aktivitet	23
3.3 Tobak	24
3.4 Alkohol	26
3.5 Arbetsliv	27
3.6 Miljö och hälsa	31
3.7 Sociala relationer	34
4 NÅGRA STORA FOLKSJUKDOMAR	36
4.1 Psykisk ohälsa	37
4.2 Rörelseorganens sjukdomar	38
4.3 Hjärt-kärlsjukdom	39
4.4 Olycksfallsskador	40
4.5 Cancer	40
4.6 Allergi och annan överkänslighet	41
4.7 Sexuellt överförbara sjukdomar	41
4.8 Hoten mot folkhälsan	42
5 DEN OFFENTLIGA SEKTORN OCH FOLKHÄLSAN	43
5.1 Folkhälsoarbetet inom landsting och kommuner	43
5.2 Statliga myndigheters ansvar för folkhälsan	45
6 FOLKRÖRELSENA OCH FOLKHÄLSAN	54
6.1 Folkbildningens roll för kunskapsuppbyggnaden	54
6.2 Folkrörelsernas roll för den fysiska aktiviteten	54
6.3 Folkrörelsernas roll i det alkohol- och drog- förebyggande arbetet	55
6.4 Fackliga organisationer	57

7	FOLKHÄLSOARBETET I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV	58
7.1	Folkhälsoarbetet inom Världshälsoorganisationen	58
7.1.1	WHO och alkoholpolitiken	59
7.2	Folkhälsoarbete i ett EG-perspektiv	60
7.2.1	EG och alkoholpolitiken	62
8	FOLKHÄLSOSTRATEGIER FÖR 1990-TALET – NÅGRA PRIORITERADE OMRÅDEN	64
8.1	Folkhälsoarbete under utveckling	64
8.1.1	Lokalt folkhälsoarbete	65
8.1.2	Framtagande, sammanställande och spridande av kunskap	67
8.1.3	Samarbete över sektorsgränserna	68
8.2	Hälsopolitiska mål och riktlinjer – generella utgångspunkter	68
8.2.1	Hälsopolitiska mål	69
8.3	Prioriterade grupper	70
8.3.1	Barn och ungdom	70
8.3.2	Kvinnor	72
8.4	Alkohol och tobak	73
8.4.1	Alkohol	73
8.4.2	Tobak	74
9	INRÄTTANDE AV ETT FOLKHÄLSOINSTITUT	75
9.1	Samordning och effektivare utnyttjande av sam- hällets resurser för folkhälsa	75
9.2	Folkhälsoinstitutets uppgifter, arbetsformer och organisation	77
9.2.1	Uppgifter	77
9.2.2	Särskilda program	78
9.2.3	Organisation	81
9.3	Folkhälsoinstitutets relation till andra aktörer inom folkhälsoområdet	82
9.3.1	Socialstyrelsen	82
9.3.2	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)	83
9.3.3	Universitet och forskningsråd	83
9.4	Finansiering och anslagsfrågor	84
10	DEN SVENSKA ALKOHOLPOLITIKEN	85
10.1	Inledning	85
10.2	Alkoholkonsumtionens utveckling	85
10.3	Alkoholens skadeverkningar	89
10.4	Alkoholpolitiken	92
10.5	Utredningar m.m. inom alkoholområdet	94
10.5.1	Socialutskottets betänkande om en aktiv alkoholpolitik	94
10.5.2	Socialstyrelsens handlingsprogram	95

10.5.3	Socialstyrelsens rapport om åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna	95
10.5.4	Våldskommisionen om alkohol och gatuvåld	96
10.5.5	Socialstyrelsens rapport om åtgärder mot missbruk av teknisk sprit m.m.	98
10.5.6	Alkoholhandelsutredningen	98
10.5.7	Alkoholskatteutredningen	100
10.6	Nuvarande insatser	101
10.6.1	Informationsstrukturen på drogområdet . .	101
10.6.2	Athena-gruppen	104
10.6.3	Reguljära informations- och opinionsbildande insatser	105
10.6.4	Forskning inom alkohol- och drogområdet	105
10.7	Riktlinjer för den framtida alkoholpolitiken	107
10.8	Folkhälsoinstitutets program alkohol- och narkotikaprevention; inriktning och innehåll	110
10.9	Servering av alkoholdrycker	115
10.9.1	Inledning	115
10.9.2	Ökad tillsyn	116
10.9.3	Åldersgränsen för servering av alkoholdrycker	119
10.10	Kommunalisering av tillståndsgivningen	121
10.11	Marknadsföringen av snabbvinsatser	122
10.12	Otillåten sprittillverkning	126
10.13	Missbruk av tekniska alkoholprodukter	129
11	VISSA FRÅGOR RÖRANDE TOBAK	133
11.1	Inledning	133
11.2	Tobaksbruket i ett folkhälsoperspektiv	134
11.2.1	Tobaksvanornas utveckling	134
11.2.2	Tobaksbruk i ett hälsopolitiskt perspektiv	135
11.3	Tidigare åtgärder i Sverige och åtgärder i andra länder	136
11.3.1	Sverige	136
11.3.2	Andra länder i Norden	137
11.3.3	Vissa länder inom EG	137
11.3.4	Vissa länder utanför Europa	138
11.4	Behov av ytterligare åtgärder	138
11.4.1	Allmänt	138
11.4.2	Lagreglering	140
11.4.3	Information	146
11.4.4	Övriga frågor	147
12	VISSA FRÅGOR RÖRANDE ALLERGI	148
12.1	Inledning	148
12.2	Allergi och annan överkänslighet i ett folkhälsoperspektiv	148

12.3	Vissa riskfaktorer	149
12.3.1	Inomhusmiljö	149
12.3.2	Utomhusmiljö	149
12.3.3	Kemiska produkter	150
12.3.4	Livsmedel	150
12.3.5	Konsumentprodukter i övrigt	150
12.4	Åtgärder	151
12.4.1	Allmänt	151
12.4.2	Begreppet "sanitär olägenhet"	151
12.4.3	Inomhusmiljö	152
12.4.4	Yttre miljö	155
12.4.5	Kemiska produkter	157
12.4.6	Livsmedel	157
12.4.7	Konsumentprodukter i övrigt	158
12.4.8	Biomaterial	159
12.4.9	Läkemedel	159
12.4.10	Register och informationssystem	159
12.4.11	Utbildning och information	160
12.4.12	Organisatoriska förslag	161
12.4.13	Allergiforskning	162
13	VISSA FRÅGOR RÖRANDE DOPNING	164
14	VISSA FRÅGOR RÖRANDE HÄLSOVÅRDHEM OCH HÄLSOHEM	169
15	ÄRENDET TILL RIKSDAGEN	170
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 april 1991	171

