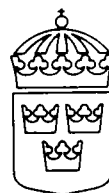


Regeringens skrivelse

1993/94:247

Investera i hälsa – Prioritera för hälsa



Skr.

1993/94:247

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 19 maj 1994

Carl Bildt

Bo Könberg
(Socialdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen lämnar regeringen en redogörelse för de senaste årens hälsoutveckling med utgångspunkt i Socialstyrelsens folkhälso rapport 1994. Den hälsomässiga trenden är positiv men det finns vissa problemområden. Särskilt bör uppmärksammas att skillnaderna vad gäller hälsotillståndet mellan olika befolkningsgrupper i vissa fall ökat.

I skrivelsen redovisas också utvecklingen av några folkhälso problem. Bland dessa kan nämnas hjärt-kärlsjukdomar, cancer, psykisk ohälsa, olycksfallsskador och allergier.

Vidare gör regeringen en bedömning av de konsekvenser för folkhälsoarbetet som de senaste årens samhällsutveckling har fört med sig. Denna utveckling har bl.a. inneburit att flertalet landsting har infört nya ekonomiska styrsystem, vilka kan ha konsekvenser för folkhälsoarbetet.

Regeringen presenterar också delar av det internationella folkhälsoarbetet. Särskilt bör nämnas EU:s arbete för folkhälsan.

Skrivelsen avslutas med ett kapitel som redovisar dels redan vidtagna åtgärder, dels vilka åtgärder eller insatser regeringen avser att vidta på folkhälsoområdet. Regeringen redovisar bl.a. att den avser att ge vissa uppdrag till Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. Folkhälsoinstitutet bör ges i uppdrag att till regeringen avrapportera arbetet med att utveckla metoder för att nå de mest utsatta grupperna i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Socialstyrelsen bör fortsätta arbetet med uppföljningen av landstingens folkhälsoansvar. Regeringen redovisar också att den avser att tillsätta en kommitté för att utveckla förslag till underlag för nationella hälsomål. Det är också regeringens bedömning

att Sveriges engagemang i det internationella folkhälsoarbetet bör stärkas. Skr. 1993/94:247

1	Investera i hälsa – Prioritera för hälsa	5
2	Hälsoläget och hälsoutvecklingen	7
	2.1 Folkhälsan i Sverige	8
	2.2 Kvinnors och mäns hälsa	9
	2.3 Hälsa och ohälsa i olika åldrar	10
	2.4 Sociala skillnader	11
	2.5 Ansamling av hälsorisker	12
3	Några allvarliga folkhälsoproblem	12
	3.1 Hjärt-kärlsjukdomar	13
	3.2 Cancer	14
	3.3 Psykisk ohälsa	15
	3.4 Själv mord	15
	3.5 Olycksfallsskador	16
	3.6 Allergier	17
	3.7 Rörelseorganens sjukdomar	18
	3.8 Sexuellt överförbara sjukdomar (STD)	19
4	Hälsans förutsättningar	19
	4.1 Samhällsutvecklingen	20
	4.2 Arbetslöshet	20
	4.3 Inre och yttre miljö	22
	4.4 Smittskydd och hälsa	23
	4.5 Arbetsmiljö	23
	4.6 Invandrarens och flyktingars hälsa	24
	4.7 Alkohol	26
	4.8 Narkotika	27
	4.9 Tobak	28
	4.10 Matvanor	29
	4.11 Fysisk aktivitet	30
5	Folkhälsoarbetet i ett internationellt perspektiv	30
	5.1 Hälsa för alla år 2000	31
	5.2 Investera i hälsa	31
	5.3 Hälsa och miljö knyts samman	32
	5.4 Några huvudlinjer i den europeiska utvecklingen	33
	5.5 EU och folkhälsan	35
	5.5.1 En särskild artikel om folkhälsa i EU:s fördrag	35
	5.5.2 Pågående program och verksamheter	36
	5.5.3 EU:s organisation och folkhälsofrågorna	37
6	Roller och ansvarsfördelning i folkhälsoarbetet	37
	6.1 Staten	37
	6.1.1 Folkhälsoinstitutet	38
	6.1.2 Socialstyrelsen	38
	6.1.3 Andra myndigheter och institutioner på den nationella nivån	40
	6.2 Landstingen	40
	6.3 Kommunerna	42
	6.4 Tvärasektoriellt samarbete	44

6.5	Andra aktörer	44
7	Åtgärder	45
7.1	Vidtagna och planerade åtgärder	45
7.2	Utveckling av hälsomål	50
7.3	Förbättrad information, kunskap och kompetens på folkhälsoområdet	53
7.3.1	Utveckling av metoder och modeller för folk- hälsoarbete i syfte att skapa en god hälsa i hela befolkningen	56
7.3.2	Fortsatt uppföljning av hälso- och sjukvårds- huvudmännens folkhälsoarbete	56
7.4	Utveckling av metoder och modeller för att stödja folkhälsoarbetet i de nya styrsystem hos sjukvårdshuvud- männen	57
7.5	Sveriges engagemang i det internationella folkhälso- arbetet	59
	Utdrag ut protokoll vid regeringssammanträdet den 19 maj 1994 . .	61

En god hälsa är av stor vikt både för oss som enskilda individer och för det samhälle vi tillhör. En god hälsa ger förutsättningar för ett aktivt liv med fullt deltagande i samhällsgemenskapen, medan en dålig hälsa medför begränsningar och svårigheter att utnyttja den fulla livspotentialen. En god hälsa har således ett stort värde i sig.

Ur samhällets perspektiv är medborgarnas hälsa en angelägen fråga. Friska barn och ungdomar kan aktivt delta i utbildning och därmed skapa en god grund för framtiden. En befolkning med god hälsa kan främja landets produktion och välbefinnande. Kostnaderna för hälso- och sjukvård, sjukpenning och förtidspension blir lägre. Friska pensionärer kan fortsätta att leva ett aktivt liv långt upp i åldrarna och behöver inte på samma sätt som de med sämre hälsa få del av stödinsatser.

En huvuduppgift för det allmänna bör därför vara att skapa sådana förutsättningar att varje enskild individ skall kunna uppnå en god hälsa samt att sjukdom och för tidig död undviks. Men det allmänna måste också kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård och ett gott omhändertagande anpassat till befolkningens skilda behov, t.ex. skall personer med funktionshinder beredas möjligheter att som andra vara med i samhällsgemenskapen och delta i olika aktiviteter. Likaså måste det finnas system som syftar till att värna medborgarnas ekonomiska trygghet vid vård och fostran av barn, vid sjukdom och handikapp, vid arbetslöshet och på alderdomen. Att skapa bra livsvillkor och därmed förutsättningar för en god hälsa inbegriper alla samhällssektorer och alla skeden i livet.

Den fortsatt ökande medellivslängden i Sverige – där mycket tyder på att det är friska år som lagts till livet – är resultatet av insatser inom många olika områden. Bättre bostäder, säkrare arbetsmiljöer, kommunikationer utformade så att olyckor skall undvikas, en aktiv miljöpolitik, en väl fungerande hälso- och sjukvård och en stigande utbildningsnivå har sammantaget skapat förutsättningar för den positiva hälsoutvecklingen i Sverige.

Insatser för att skapa förutsättningar för en god hälsa måste ses i ett långsiktigt perspektiv. Många av de beslut som fattas i dag – som rör exempelvis bostäder, arbetsmiljöer, kommunikationer och avfallshantering – påverkar såväl vår som kommande generationers hälsa. Hälsoeffekter av beslut inom en rad olika samhällssektorer bör därför i ökad utsträckning tydliggöras genom hälsokonsekvensbeskrivningar.

Effekterna av t.ex. en dålig miljö eller skadliga levnadsvanor som rökning syns inte heller omedelbart i form av ökad sjuklighet. Dessa kan kanske iaktas först efter några decennier. Den i många fall långa tiden mellan exponering och att sjukdom bryter ut gör att sambanden kan vara svåra att se.

I långsiktigheten ligger också att vi under livet bär med oss effekterna av vissa av de hälsorisker som vi under tidigare skeden i livet har varit utsatta för liksom de grundläggande värderingar vi har med oss. De som har haft arbeten med stora hälsorisker mår ofta sämre som pensionärer och dör tidigare än mer privilegierade grupper. Att skapa goda livsmil-

jöer och positiva attityder till sådant som främjar en god hälsa är således centralt och då inte minst vad gäller barn och ungdom.

Insatser för att främja en god hälsa kan alltså ses som en investering. En investering som ger utdelning dels i form av en mera välmående befolkning, dels i form av ökade intäkter till följd av bättre produktionsförutsättningar och lägre kostnader t.ex. genom minskad utslagning från arbetslivet.

För att kunna investera måste det finnas möjlighet att prioritera vilka insatser som ger störst effekt. En fortsatt kunskapsuppbyggnad inom folkhälsoområdet är därför mycket angelägen.

I syfte att öka kunskapen och att följa upp samt utvärdera beslut och insatser krävs också att sambanden mellan olika livsbetingelser, riskfaktorer och hälsa/ohälsa kan följas. Detta kräver dokumentation och registrering samt att olika samband fortlöpande analyseras.

Det huvudsakliga syftet med denna skrivelse till riksdagen är att lämna en redogörelse över den allmänna hälsoutvecklingen i landet under de senaste åren och några allvarliga folkhälsoproblems utveckling. Skrivelsen bygger till övervägande del på Socialstyrelsens tredje Folkhälsorapport.

Den första folkhälsorapporten lämnade Socialstyrelsen till regeringen i november 1987 (SoS redovisar 1987:15). I denna presenterades en kartläggning och analys av hälsosituationen i landet. I november 1989 uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att i samarbete med bl.a. Statistiska centralbyrån (SCB), Riksförsäkringsverket (RFV) och Landstingsförbundet sammanställa en folkhälsorapport år 1991. Den kom även att omfatta redovisningar över riskfaktorer samt folkhälsans utveckling och fördelning. Rapporten utgjorde tillsammans med Folkhälsogruppens strategiprojekt de viktigaste underlagen för propositionen (1990/91:175) Om vissa folkhälsofrågor.

I augusti 1992 uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att i samarbete med bl.a. SCB, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet sammanställa och ge ut en tredje folkhälsorapport. I uppdraget ingick också att samordna arbetet med en social rapportering.

Folkhälsorapporten 1994 överlämnades i april 1994, och den Sociala rapporten till regeringen i maj 1994.

Då förändringarna inom landstingens hälso- och sjukvårdsorganisationer under de senaste åren varit omfattande har Socialstyrelsen som en del av projektet *Aktiv uppföljning* studerat landstingens ansvar för folkhälsoarbetet bl.a. utifrån vad hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger. Detta arbete har under april månad 1994 redovisats i uppföljningsrapporten *Landstingens folkhälsoansvar*.

Även delar av den expertrapport som tas fram inom ramen för Utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har använts som underlag för skrivelsen framför allt i de avsnitt som rör landstingens förändrade organisationer och ekonomiska styrsystem, och det internationella samarbetet inom området, främst inom den europeiska unionen (EU). Betänkandet EG, kvinnorna och välfärden (SOU 1993:117), har använts som underlag till vissa delar i skrivelsen.

Världsbankens utvecklingsrapport 1993 hade temat investera i hälsa. I denna redovisas framför allt utvecklingen i u-länderna, men också metoder för att mäta hälsotillståndet presenteras.

Regeringen redovisar också – mot bakgrund av den utveckling som kan utläsas framförallt ur Folkhälsorapporten vad avser hälsotillståndet i Sverige och det arbete som sker såväl internationellt som inom landet – vilka initiativ som vi avser att ta för att utveckla folkhälsoarbetet inför 2000-talet.

2 Hälsoläget och hälsoutvecklingen

Under 1960- och 70-talen hade befolkningen i Sverige bland de högsta medellivslängderna vid internationella jämförelser. Under 1980-talet har flera länder nått upp till och i några fall passerat Sveriges nivå. Orsaken till detta tillskrivs i de flesta fall en förbättrad ekonomi i dessa länder. Man måste givetvis också överväga om förändringar i Sverige försämrat våra förutsättningar att ta ytterligare steg för att utveckla en god hälsa.

I en dansk analys över medellivslängdens utveckling i de 24 OECD-länderna visas hur de danska männen i rangordnad medellivslängd sjunkit från fjärde plats år 1970 till artonde plats år 1990. För kvinnorna sker en motsvarande positionsförändring från åttonde till tjugoförsta plats. De svenska männen som år 1970 låg på första plats inom OECD, befann sig år 1990 på tredje plats; kvinnorna har gått från andra till fjärde plats. Japan toppar år 1990 listan för både män och kvinnor från att år 1970 ha legat på nionde respektive tolfte plats. Analysen av dödsorsakerna tyder på att den ogynnsamma utvecklingen i Danmark beror på en försämrad utveckling då det gäller dödlighet i en rad olika dödsorsaker. Som troliga bakomliggande orsaker har man pekat på tobak och alkohol, kostvanor, stress, vissa aspekter av kvinnors ökande förvärvsfrekvens, arbetslöshet och organisationen av hälso- och sjukvården. Det finns således inte någon enkel förklaring till att utvecklingen av medellivslängden stagnerat i Danmark.

Samtidigt som det internationella hälsoläget totalt sett förbättrats, vidgas på många håll klyftorna mellan befolkningsgrupper, både mellan länder och inom respektive land. Även i Sverige har vi kunnat registrera hur skillnaden mellan olika befolkningsgrupper i vissa fall ökat under 1980-talet.

I detta sammanhang har folkhälsobegreppet kommit att bli centralt. I motsats till det vanliga, till individen knutna hälsobegreppet, tar folkhälsobegreppet också hänsyn till hälsans fördelning i en befolkning. Det tar därvid fasta på en för det svenska folkhälsoarbetet central princip som riksdagen tidigare ställt sig bakom, nämligen att minska skillnaderna mellan olika befolkningsgruppers hälsa genom att hälsan bland de sämst ställda i första hand skall förbättras.

2.1 Folkhälsan i Sverige

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1994 konstateras att den svenska befolkningen har en god hälsa, som under senare år fortsatt att förbättras i vissa avseenden. Sedan år 1981 har t.ex. den återstående medellivslängden vid födelsen ökat med 2,4 år för männen och 1,7 år för kvinnorna. Fortfarande är dock skillnaden i medellivslängd mellan könen stor. År 1993 uppskattades medellivslängden för män till 75,5 år och för kvinnor till 80,8 år.

Ett annat sätt att använda livslängden som ett hälsomått är att se till antalet förlorade år. Detta riktar i första hand blicken på dödsfall i yngre åldrar, eftersom ett tidigt dödsfall betyder att fler tänkbara levnadsår förloras. Bland män svarar hjärt-kärlsjukdomar för 39 procent av de förlorade åren före 75 års ålder, och tumörer för 26 procent. Bland kvinnor står tumörerna för 42 procent och hjärt-kärlsjukdomarna för 28 procent.

Minskningen av antalet förlorade år under de senaste 15 åren beror till största delen på minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom bland såväl män som kvinnor. Ser vi till den relativa minskningen har dock denna varit störst beträffande olycksfallsskador dit även motorfordonsolyckor inräknats.

Nästa fråga är om de vunna levnadsåren är år med god hälsa. I Folkhälsorapporten 1994 redovisar man detta med hjälp av friska levnadsår respektive hälsovägda levnadsår. Det sistnämnda måttet är ett slags kvalitetsmått, där man väger samman uppgifter om självrapporterad ohälsa med uppgifter om dödlighet.

Analysen där man använt sig av dessa mått visar att antalet hälsovägda levnadsår har ökat för såväl män som kvinnor under perioden 1975-1990 – något mer för män. Tittar vi på förväntade levnadsår med full hälsa sker en svag ökning för män under samma period, medan antalet förväntade levnadsår med full hälsa åren 1985-1990 minskat för kvinnorna jämfört med åren 1981-1985.

Många stora hälsoproblem leder inte till för tidig död. Så kan t.ex. besvär i rörelseapparaten eller olika slags allergier vara handikappande och leda till stort lidande, utan att risken för dödsfall är nämnvärt förhöjd. De undersökningar av upplevd ohälsa som SCB regelbundet gör visar i de flesta fall att besvären har minskat under 1980-talet. Ibland skiljer sig dock utvecklingen mellan olika befolkningsgrupper i samhället. Grupper som i många avseenden haft en gynnsam utveckling under senare år är män och grupper med längre utbildning, medan hälsan för kvinnor och personer med kortare utbildning inte förbättrats i motsvarande grad. För vissa grupper har hälsan till och med försämrats.

Hälsoutvecklingen i Sverige under senare år kan alltså sammanfattas med orden *förbättring* men i vissa avseenden också *större skillnader*.

Trots att förbättringar skett av folkhälsan ökar antalet förtidspensionärer kraftigt. I december 1991 var antalet förtidspensionärer 367 000. Ett år senare hade antalet stigit till 383 000. Under år 1993 har denna utveckling fortsatt och i december detta år uppgick antalet till 402 300.

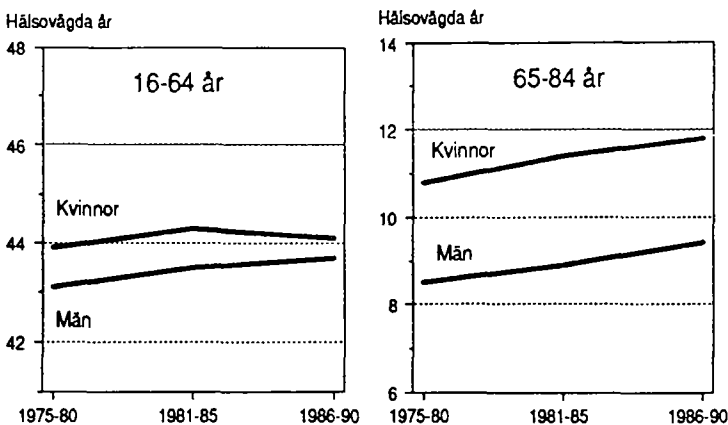
Det är föga troligt att denna ökning skulle avspegla folkhälsoutvecklingen, utan att det framförallt är andra faktorer som bidragit till denna kraftiga ökning. Ökningen sammanfaller i tiden med de växande problemen på arbetsmarknaden, men dessa är knappast huvudförklaringen till utvecklingen. De regelförändringar som genomförts inom sjukförsäkringen under senare år torde förklara en större del av ökningen.

2.2 Kvinnors och mäns hälsa

Kvinnornas medellivslängd har sedan lång tid varit längre än männens och också ökat snabbare än deras. Under de senaste åren har männens medellivslängd ökat snabbare än kvinnornas. Det betyder att männens medellivslängd nu närmar sig kvinnornas.

De svenska kvinnorna har tidigare haft den näst längsta medellivslängden i världen. Så är inte längre fallet. Länder som passerat Sverige när det gäller kvinnornas medellivslängd är Japan, Schweiz och Frankrike. Japan och Island ligger före Sverige då det gäller den manliga medellivslängden

Samtidigt som kvinnorna lever längre än männen, tycks sjukligheten bland dem enligt flera mått vara högre. Utvecklingen av hälsovägda levnadsår visar också att situationen för kvinnor utvecklats ogynnsamt under senare tid. Medan de hälsovägda levnadsåren ökat bland männen så har de sedan mitten av 1980-talet minskat bland kvinnor upp till 65 års ålder. I åldersgruppen 65-84 år är dock ökningen jämnt fördelad mellan män och kvinnor, varför kvinnorna i denna åldersgrupp fortfarande har ett klart försprång framför männen (figur 2.1). Men antalet förväntade levnadsår med full hälsa är trots det lägre bland kvinnor än män.



Figur 2.1 Hälsovägda levnadsår, i åldersgrupperna 16-64 år och 65-84 år. 1975-80, 1981-85 och 1986-90. Källa: SCB.

Det finns också skillnader mellan vilka hälsoproblem och sjukdomar som drabbar kvinnor respektive män. Dessa skillnader kan grovt sett

hänförs till tre olika förklaringsmekanismer; biologiska, psykologiska och sociala.

Till de biologiska skillnaderna brukar man t.ex. föra den lägre förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar bland kvinnor jämfört med män i samma åldrar. Effekterna av mer monotona och för rörelseapparaten mer påfrestande arbeten är större för kvinnor än för män. Detta kan delvis förklaras av skillnader i den fysiologiska kapaciteten.

Männens högre frekvens av alkoholskador liksom ökade risker för olycksfallsskador hänförs ofta till skillnader i livsstil, men beror i det senare fallet givetvis också på att män i större utsträckning är verksamma i yrken där man exponeras för olycksfallsrisker.

Vad slutligen gäller sociala förklaringar pekar man på de olika kulturella normer som gäller för män respektive kvinnor. Kvinnor antas vara mer observanta på och angelägna om sin hälsa, medan män i många fall bortser från kroppens varningssignaler och ägnar mindre tid åt sådant som skulle kunna minska framtida ohälsa. I flera studier har man visat hur kvinnor i typiska mansyrken är sjukare och har ett högre sjukvårdsutnyttjande än män i samma yrken. I viss mån kan man notera en liknande översjuklighet bland män i typiska kvinnoyrken. Arbetskrav, möjligheter till kontroll och det sociala nätverket har förts fram som viktiga förklaringar till att man är sjukare när man har ett yrke som är typiskt för det motsatta könet.

2.3 Hälsa och ohälsa i olika åldrar

Hälsan har ett starkt samband med människans ålder. Frånsett en period mycket tidigt i livet då risken för ohälsa och död är relativt hög, ökar risken för ohälsa ju äldre man blir.

Ett klassiskt mått på hälsoförhållandena i ett land är dödligheten under det första levnadsåret, spädbarnsdödligheten. Sverige har under lång tid haft den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. För närvarande ligger den på 4,8 döda per 1 000 levande födda. Japans siffror har dock utvecklats mycket gynnsamt och låg år 1990 strax under de svenska talen.

Då det gäller barnadödlighet före fem års ålder hade Sverige år 1992 den lägsta siffran med 5 döda per 1 000 levande födda. Sveriges ledande position förklaras bland annat av ett väl utvecklat arbete för att skydda barnen mot olycksfall.

Ungdomars hälsotillstånd har i regel – utöver skolhälsovården – rönt mindre uppmärksamhet, delvis som en följd av att dödligheten och sjukligheten är mycket låg i dessa åldrar. I huvudsak har intresset för denna åldersgrupp koncentrerats till frågor om tobaks-, alkohol- och narkotikamissbruk liksom aborter och sexuellt överförbara sjukdomar.

Det finns vissa uppgifter som antyder att gruppen unga människor kan tillhöra förlorarna under senare år. Levnadsnivåundersökningarna åren 1968-1991 pekar särskilt på att gruppen lågutbildade yngre ensamstående män har ökande välfärdspådrag jämfört med den övriga befolkningen. Det innebär lägre materiell standard, försämrade ekonomiska resurser och större svårigheter att etablera sig på bostadsmarknaden. Ålders-

gruppen 18-29 år är också den som uppvisar den största relativa ökning vad gäller besvär till följd av värk. I Socialstyrelsens sociala rapport konstaterar man att ungdomarnas materiella standard har försämrats under perioden 1980-1992 och att det i vissa fall finns en anhopning av sociala problem i denna grupp. Detta har man kommit fram till genom att bl.a. se på hur familjernas kontantmarginaler har utvecklats mellan åren 1980-81 och 1990-91.

Medelålders och äldre personer har i huvudsak haft en positiv hälso-utveckling. I åldersgruppen 25-44 år har den största minskningen av dödlighet noterats under 1980-talet, och de äldre i dag är friskare än tidigare generationers äldre människor.

Under senare år har det förts en debatt om huruvida den ökade livslängden har medfört att fler friska år lagts till livet eller om sjukligheten i stället ökat hos de allra äldsta. En "kompression" av sjukligheten vid livets slut skulle innebära att den sista sjukdomsperioden i människans liv blev kortare och att en ökad medellivslängd då också skulle innebära fler friska år. Något entydigt svar finns inte. Gruppen äldre (upp till 75 år) tillhör dock de hälsomässiga vinnarna i den senaste levnadsnivåundersökningen, samtidigt som en särskild studie av de allra äldsta inte ger en lika ljus bild av deras hälsoläge.

2.4 Sociala skillnader

Studier från England på 1970-talet visade redan då att – även om den totala dödligheten minskat under efterkrigstiden – skillnaden i dödsrisker mellan olika sociala grupper ökade trots utbyggnaden av en allmän hälso- och sjukvård. Svenska studier under senare år har delvis bekräftat en liknande utveckling. Så visade t.ex. Folkhälsorapport 1991 att de sociala skillnaderna i dödligheten hade ökat på grund av förhöjd dödlighet i bl.a. hjärtinfarkt bland arbetare inom industri- och transport sektorerna, för kvinnor även bland arbetare inom vård och service. I Socialstyrelsens folkhälsorapport 1994 redovisas utvecklingen fram till år 1990 vad gäller hälsovägda levnadsår och förväntat antal år med full hälsa. Båda dessa mått tyder på att de sociala skillnaderna ökat för både män och kvinnor under senare delen av 1980-talet.

Vid beskrivning av de sociala skillnaderna använder man vanligen den socioekonomiska indelning, baserad på yrkestillhörighet, som SCB utarbetat.

Då det gäller hälsovägda levnadsår uppvisar kvinnorna en klar differentiering. Medan kvinnliga tjänstemän på mellan- och högre nivå har ökat antalet hälsovägda levnadsår, så minskar de för ej facklärdare arbetare och för lägre tjänstemän. Beträffande år med full hälsa syns en ökning bland manliga tjänstemän och en minskning bland manliga arbetare.

Då det gäller självrapporterad ohälsa så minskar förekomsten av långvarig sjukdom och högradigt nedsatt arbetsförmåga i alla grupper utom i arbetargruppen bland såväl kvinnor som män.

Skillnaderna i dödlighet mellan arbetarfamiljer och tjänstemannafamiljer i Sverige finns under hela livsrymden, såväl i spädbarnsdödlighet och under, barndomsåren, som under vuxenlivet och bland äldre upp till 84 år. De sociala skillnaderna mätt som människornas subjektiva uppfattning om sin egen hälsa är påtaglig, och tycks bli större mellan grupperna ju äldre människorna är.

2.5 Ansamling av hälsorisker

Risikofaktorer för ohälsa fördelar sig inte slumpmässigt i befolkningen. Personer med kort utbildning och dålig ekonomi exponeras i större utsträckning för risker av såväl livsstilskaraktär som strukturell karaktär än personer med längre utbildning och god ekonomi.

Risk för ohälsa och för tidig död är särskilt hög bland de människor som har en ansamling av flera riskfaktorer. Folkhälsorapporten visar att den högsta andelen personer med en ansamling av flera hälsorisker finns bland ensamboende, människor som saknar nära vänner, inte har någon kontantmarginal (dvs. att de inte på kort tid kan skaffa fram en större summa pengar), inte motionerar, har ett enformigt och jäktigt arbete eller är arbetslösa. I dessa högriskgrupper finns det ingen skillnad mellan män och kvinnor.

Risken att man skall uppleva dålig hälsa vid olika riskfaktorbelastningar (dvs. att man skall vara medveten om sin utsatta position) skiljer sig också mellan personer i olika socioekonomiska grupper. Enligt en brittisk studie tycks sociala omständigheter som ekonomi, arbetsmiljö och psykosocial miljö (inklusive socialt stöd) ha större relativ betydelse för hur den enskilde upplever sin hälsa än sådana levnadsvanor som rökning, motion och kostvanor. Sambandet mellan upplevd hälsa och riskbeträende tycks vara starkare i goda miljöer än i socialt utsatta miljöer, åtminstone bland män. Detta har betydelse för möjligheterna att framgångsrikt bedriva förebyggande arbete.

3 Några allvarliga folkhälsoproblem

Dagens hälsoproblem etiketteras ofta som "välfärdssjukdomar". En mer korrekt term vore "ofärdssjukdomar i välfärdssamhället". Bakgrunden är att välfärdssamhället, genom förebyggande och behandlande insatser men framför allt genom en starkt förbättrad välfärd, gett oss alla förhållandevis goda ekonomiska och sociala levnadsförhållanden. På så sätt har de akuta sjukdomarna, i första hand infektionssjukdomarna, kunnat reduceras. Människor lever längre och sannolikheten har ökat kraftigt att de skall leva så länge att de kan utveckla de kroniska sjukdomar som är karakteristiska för dagens sjukdomspanorama (t.ex. hjärt-kärlsjukdom och cancer). Beteckningen "välfärdssjukdomar" syftar på att det är först i välfärdssamhället som denna typ av ohälsa blir aktuell. Samtidigt är det viktigt att hålla i minnet att nästan all sjuklighet är vanligare bland de sämst ställda. Då hjärtinfarkt och förslitningsskador drabbar den

enskilde är detta inte uttryck för välfärd utan dess motsats – de drabbar i första hand de mest utsatta människorna i välfärdssamhället.

Flera faktorer avgör om ett hälsoproblem är ett folkhälsoproblem. Förutom problemets frekvens måste man bedöma om fler eller färre drabbas och vilka grupper i befolkningen som är mest utsatta. Man måste också väga in vilka konsekvenser hälsoproblemet har för individen och samhället liksom möjligheterna att åtgärda problemet.

3.1 Hjärt-kärlsjukdomar

Hjärt-kärlsjukdomarna svarar i Sverige för drygt hälften av alla dödsfall och står för 30 procent av vårddagarna i slutenvård. De utgör därigenom ett av de stora folkhälsoproblemen. Internationellt sett ligger Sverige förhållandevis högt – flera medelhavsländer liksom Japan har betydligt lägre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar.

I Sverige finns det stora geografiska olikheter vad gäller förekomst av hjärt-kärlsjuklighet. Framför allt ligger Norrlandslänen, samt Värmland och Södermanland högt. Orsakerna till dessa regionala skillnader är oklara. Dåliga matvanor har troligen bidragit till den höga dödligheten i Norrland, vilket stöds av att höga blodfettsnivåer uppmärksammats i norrländska befolkningsundersökningar.

Även andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, t.ex. arbetslöshet, diabetes och övervikt är vanligare i Norrland.

Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är cirka tre gånger så hög bland män som kvinnor i åldrarna 45-64 år.

Det finns en tydlig social skiktning av hjärt-kärlsjukdomarna; en skiktning som tycks ha blivit mer uttalad under senare år. Medan hjärtinfarkt på 1960-talet var en åkomma som var vanligare bland välutbildade, drabbar den nu oftare arbetare. Detta omkastade mönster är en stor del av förklaringen till att den totala dödligheten förblivit i det närmaste oförändrad bland medelålders manliga arbetare under en period när den minskat kraftigt i alla andra grupper. Motsvarande förändring har inte skett bland kvinnor. Kvinnor ur lägre socialgrupper har under lång tid haft en högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar än kvinnor ur högre socialgrupper.

Svenska studier visar att risken att drabbas av hjärtinfarkt bland manliga arbetare är 1,5 och bland kvinnliga arbetare 2 gånger högre än bland högre tjänstemän av respektive kön.

Kranskärslssjukdom och slaganfall är de två huvudformerna av hjärt-kärlsjukdom. Bland män står kranskärslssjukdom för 60 procent och slaganfall för 17 procent av all dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Motsvarande siffror för kvinnor är 48 respektive 25 procent.

Generellt sett har dock utvecklingen under senare år varit gynnsam. Under de senaste 15 åren har risken att dö i hjärt-kärlsjukdom minskat med 23 procent bland män och med 31 procent bland kvinnor. Dödligheten i kranskärslssjukdom minskade med 34 procent bland män och med 45 procent bland kvinnor. I alla åldrar har såväl risken att insjukna som att avlida i hjärtinfarkt minskat.

3.2 Cancer

Cirka en fjärdedel av alla dödsfall i Sverige tillskrivs cancer. Under detta namn har samlats en rad sinsemellan tämligen olika sjukdomar, som dock utmärks av vissa karakteristika, bl.a. okontrollerad celltillväxt. Cancersjukdomarna har också i lekmannens öra en olycksbådande klang, som för tanken till icke-behandlingsbara åkommor och snar död.

År 1990 fick omkring 36 000 personer i Sverige för första gången en cancerdiagnos. Ungefär en person av hundra över 16 år säger sig på förfrågan ha någon cancersjukdom, enligt SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden. Före 50 års ålder är det betydligt mindre än en av hundra, efter 75 års ålder har antalet stigit till 3-4 av hundra. Cancersjukdomarna har ett tydligt samband med ålder där frekvensen ökar med stigande ålder.

Under de senaste decennierna har antalet cancerfall totalt sett ökat med i genomsnitt 1,7 procent per år. Befolkningens ökade genomsnittsålder förklarar 1 procent av ökningen.

Skillnaderna är stora mellan olika cancerformer då det gäller hur vanliga de är, hur de utvecklas, diagnostiseras och behandlas. Möjligheterna att förebygga och bota varierar också stort mellan olika cancersjukdomar.

Bland män är prostatacancer den vanligaste cancerformen. Den utgjorde 24,1 procent av all diagnostiserad cancer bland män år 1990. Därefter kommer lungcancer (9,6 procent) och urinvägs- och tjocktarmscancer (vardera cirka 7 procent). Hos kvinnor är bröstcancer vanligast (27,3 procent) följt av tjocktarmscancer (8,3 procent). Cirka 5 procent av cancerfallen rör livmoderkroppen och lika många cancerfall äggstockarna. Lungcancer utgör bland kvinnor drygt 4 procent. Pigmenterade, elakartade hudtumörer (maligna melanom) står för cirka 4 procent av diagnoserna hos såväl män som kvinnor.

Livmoderhalscancer har minskat till följd av omfattande och systematiska cellprovsundersökningar. Även magsäckscancer minskar, medan malignt melanom ökar snabbt. Lungcancer bland kvinnor ökar också, medan ökningen bland män avstannat. Detta speglar sannolikt de förändrade rökvanorna bland män och kvinnor.

Utvecklingen av metoder för tidig upptäckt och behandling av cancer har i vissa fall inneburit att canceröverlevnaden ökat. Bland cancer med förbättrad prognos kan nämnas barnleukemier och bröstcancer, medan prognosen för t.ex. magsäckscancer och lungcancer inte förbättrats. Totalt sett kan man konstatera att Sverige ligger lågt vad gäller cancerdödlighet vid en internationell jämförelse. Dödligheten i cancersjukdomar har under en lång följd av år minskat, trots att fler människor drabbas av cancer.

När det gäller cancersjukdomarnas orsaker har uppmärksamheten under senare år i hög grad riktats mot människors levnadsvanor vad gäller mat, tobak och alkohol.

I en situation då behandlingsmöjligheterna är små blir de förebyggande insatserna särskilt betydelsefulla. En viktig roll bland de förebyggande

insatserna spelar kontrollen av cancerframkallande ämnen inom såväl arbetsmiljö som annan miljö. Förebyggande insatser har även ägnats riskerna med exponering för kraftigt solljus.

3.3 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa tillhör de stora folksjukdomarna. Mellan 20 och 30 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppger vid intervjuundersökningar att de lider av någon form av psykiska besvär. Cirka 10 procent har ångest och depressionstillstånd och drygt 2 procent lider av allvarliga psykiska sjukdomar.

Den psykiska ohälsan svarar också för en stor del av sjukvårdsutnyttjandet. Under ett år söker 2-3 procent av befolkningen psykiatrisk vård och omkring 10 procent av befolkningen söker distriktsläkare för psykiska eller psykosociala problem.

Totalt sett blir psykisk ohälsa vanligare ju äldre man blir. Lättare psykiska störningar liksom missbruk och självmordsförsök är dock vanligast i åldersgruppen 30-50 år.

Psykisk ohälsa medför stora samhällskostnader. Den årliga kostnaden för vård, sjukskrivning, förtidspensionering och produktionsbortfall i Sverige har uppskattats till nära 40 miljarder kronor, varav vårdkostnaderna svarar för omkring en tredjedel.

Det finns få studier av barns psykiska hälsa. Olika studier har gett varierande resultat, men de visar att mellan 5 och 25 procent av alla barn har psykiska problem.

Både lättare och svårare psykisk ohälsa är vanligare bland personer i arbetaryrken än bland personer i tjänstemannayrken. Många studier visar att psykisk ohälsa ofta är förknippad med arbetslöshet. Det finns också ett samband med hög alkoholkonsumtion och självmord. Frånskilda har ojämförligt högst förekomst av psykisk störning av alla slag. Speciellt gäller det självmord och alkohol- och drogproblem. Psykisk ohälsa är vanligare i storstäderna än på landsbygden.

Demenssjukdomar är sjukdomar som drabbar hjärnan med försämrad förmåga att förstå och uttrycka sig. Sjukdomarna ökar med åldern – knappt 0,5 procent av 60-åringarna och ungefär 40 procent av alla 90-åringar har en demenssjukdom. I takt med att gruppen av de allra äldsta ökar blir också demenssjukdomarna ett allt större folkhälsoproblem. Orsakerna till demenssjukdomar är ännu inte fullständigt kända. Förutom ärftliga faktorer och störningar av cirkulationen till hjärnan har bl.a. påverkan av olika ämnen på hjärnan diskuterats som orsaker.

Under senare år har ätstörningar i form av självsvalt (anorexi) och hetsätning (bulimi) fått stor uppmärksamhet. Problemen drabbar främst flickor och yngre kvinnor.

3.4 Självmord

Antalet självmord i Sverige är cirka 1 500 per år. Till detta kommer ytterligare 500 fall där en viss osäkerhet råder huruvida det rör sig om

själv mord eller ej. Antalet självmordförsök är dock tio gånger så stort som antalet fullbordade självmord. Själv mord är vanligare bland män, medan självmordsförsöken är vanligare bland kvinnor.

Själv morden ökar i antal med åldern, men utgör i de yngre åldersgrupperna, där dödligheten generellt är låg, en av de dominerande dödsorsakerna.

Under senare år har de registrerade självmorden minskat – under åren 1975 – 1991 med 17 procent bland männen och 12 procent bland kvinnorna

3.5 Olycksfallsskador

Omkring 2 800 personer dör varje år till följd av olycksfall, vilket utgör 3 procent av samtliga dödsfall. Bland barn och ungdomar är olycksfallsskador den vanligaste dödsorsaken. I åldrarna 15-64 år är trafikolyckor den vanligaste orsaken till dödsfall. Mer än 1 000 personer över 65 år avlider årligen till följd av fallolyckor.

Olycksfallsskador registreras inte systematiskt i landet. Baserat på antagandet att tre av 1 000 olycksfall har dödlig utgång kan det totala antalet olycksfallsskador uppskattas till strax under en miljon per år. Det innebär att olycksfallsskadorna utgör ett allvarligt hälsohot, samtidigt som möjligheterna att förebygga dessa skador är stora. En tredjedel av alla olycksfallsskador inträffar i hemmet, 10-15 procent på arbetsplatsen, 10 procent i skolan, 15-20 procent i trafiken respektive under idrottsutövning.

Även om olycksfallsdödligheten är låg bland barn i Sverige är den ändå den vanligaste dödsorsaken bland barn. År 1988 omkom 7 barn av 100 000 under 15 år i en olycka.

En studie från första hälften av 1980-talet visar att de socioekonomiska skillnaderna i olycksfallsdödlighet är stora. Barn till tjänstemän hade betydligt lägre dödlighet i olycksfallsskador än barn till arbetare eller jordbrukare. Den lägre dödligheten bland tjänstemannabarn visar att det finns stora möjligheter för förebyggande arbete.

Då det gäller olycksfallsförebyggande arbete har Sverige i flera avseenden varit ledande. Tidigt har Sverige lyckats nå en internationellt sett låg nivå för olycksfall bland barn. Under de senaste tio åren har dödligheten i olycksfallsskador minskat med cirka 10 procent. Statistik beträffande antalet förlorade år visar också att olycksfallsskador relativt sett varit den orsaksgrupp som lett till den största minskningen av förlorade år under perioden 1975-1991. Antalet personer som dör eller skadas i trafiken har successivt minskat sedan år 1975, såväl i förhållande till antalet bilar som i förhållande till folkmängden. Den enda olyckstyp som inte minskat är cykelolyckor. Den positiva utvecklingen i fråga om trafikolyckor är till stor del ett resultat av ett framgångsrikt säkerhetsarbete med bättre trafikplanering, bättre vägar och bilar och ökad användning av skyddsutrustning som bilbälte och hjälm.

3.6 Allergier

Allergier och överkänslighetsreaktioner har blivit ett allt större problem i befolkningen. Årligen dör cirka 1 200 personer av allergi – främst astma – som direkt eller bidragande dödsorsak. Folkhälsoinstitutet har våren 1994 redovisat vetenskapliga kunskapssammanställningar rörande omfattningen av allergier och annan överkänslighet och om orsakerna till allergier. Studier visar att cirka 40 procent av alla skolbarn har någon form av allergi eller annan överkänslighet. Ungefär 20 procent av befolkningen uppger sig ha eksem eller hudutslag. Enligt SCB:s årliga levnadsnivåundersökning uppger 40 procent av kvinnorna och 30 procent av männen att de har allergiska besvär. Studier av 18-åriga män som mönstrar visar att under perioden 1973-92 har förekomsten av astma, hösnuva och eksem ungefär fördubblats. I dag tycks allergiska besvär vara lika vanliga bland barn som bland vuxna.

Till gruppen sjukdomar "annan överkänslighet" än allergi hör "sjuka-hus-sjukan". Sjuka-hus-sjukan omfattar irritationsbesvär från hud och slemhinnor, ofta också allmänbesvär som trötthet och huvudvärk. Sådana besvär finns, som namnet antyder, i problemhus. Var femte i befolkningen uppger sig ha symptom av sjuka-hus sjuktyp. Många besvär hos barn och personal i barnstugor och skolor orsakas av dålig inomhusmiljö. I kontorsmiljö uppger kvinnor besvär ungefär dubbelt så ofta som män.

Allergi orsakas av ett samspel mellan ärftlig benägenhet att utveckla allergi och kroppens reaktion på allergiframkallande ämnen, till exempel pollen eller viss mat, samt förstärkningsfaktorer i form av föroreningar i miljön, till exempel tobaksrök. Annan överkänslighet än allergi orsakas av kontakt med irriterande ämnen via inandning, genom föda eller genom beröring via huden. En ökad medvetenhet om allergier kan inte förklara den stegring som påvisats. Den snabba ökningen av allergier kan inte heller bero på förändringar i arvsanlag. Sökandet av orsaker till ökningen koncentreras därför till miljöfaktorer.

Det finns ett klart samband mellan brister i inomhusmiljön och förekomsten av allergi och annan överkänslighet. Starka samband är påvisade mellan allergi/astma och passiv rökning. Moderns rökning – särskilt under graviditet och amning – har stor betydelse för barnets allergi-utveckling. Vidare är samband påvisade mellan allergi och tidig exponering för pälsdjur.

Samband finns också mellan vistelse i "fuktiga" byggnader och allergier. Med "fuktiga" byggnader menas hus med dålig ventilation, kvalster eller fuktskador. Husdammskvalster finns numera i allt fler bostäder och andra byggnader. Kvalsterförekomsten i större delen av Sverige är ett av människan skapat problem orsakat av dålig ventilation och därmed för fuktig inomhusmiljö. Barns miljöer är generellt sett sämre ventilerade än vuxnas fastän det borde vara tvärtom på grund av barnens större känslighet för föroreningar.

Betydande djurallergenhalter har påvisats även i miljöer där djur inte förekommer. Allergen förs med personer från bostad till daghem, skola

och arbetsplats så att halterna även i sådana miljöer blir tillräckliga för att underhålla allergiska besvär från luftvägarna. Förbättrad städning sänker förekomsten av allergen.

Kemiska ämnen som kommer i kontakt med huden kan ge upphov till olika hudsjukdomar och hudbesvär. Det finns uppemot 10 miljoner kända kemiska föreningar – och mellan 500 och 1 000 nya kemiska ämnen introduceras varje år i Sverige. Cirka 3 000 ämnen har beskrivits som kontaktallergen. De vanligaste orsakerna till kontaktallergi är nickel, krom, gummikemikalier, parfymämnen, konserveringsmedel och naturljarts.

Många livsmedel innehåller ämnen som kan ge upphov till allergier. I Sverige är nötter, mjölk, ägg, gluten, fisk, jordnötter och sojabönor vanliga orsaker till allergier.

Luftföroreningar i tätorter kan innebära allvarliga risker för känsliga personer. Epidemiologiska studier har påvisat förhöjd risk för uppkomst av allergi i stad jämfört med landsbygd.

Halterna av kvävedioxid på grund av utsläpp från vägtrafiken kan utlösa besvär hos personer med astma och hos barn med känsliga luftvägar. Höga ozonhalter under sommarhalvåret bidrar också till problemen.

För att bryta ökningstrenden när det gäller allergier krävs intensiva insatser på en rad områden såsom förbättrad ventilation och städning – främst i skolor, daghem och bostäder. Det är viktigt att små barn inte utsätts för tobaksrök eller exponeras för pälsdjur. Om barnet ammas i fyra månader minskar risken för allergi. Ågärder behövs också för att minska utsläppen från vägtrafiken. I övrigt gäller det undvika kända allergiframkallande ämnen och material.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har på Folkhälsoinstitutets uppdrag i en rapport i april 1994 redovisat samhällsekonomiska kostnader avseende allergiska besvär för barn och vuxna. De totala kostnaderna beräknas för år 1993 uppgå till 5,6 miljarder kronor. I rapporten görs också en grov kostnads-/intäktsanalys avseende investeringar i förbättrad inomhusmiljö i skolor och daghem. Beräkningar visar att en investering är lönsam för en skola med en allergifrekvens på 35 procent om investeringen leder till en 20-procentig sjukdomsminskning.

3.7 Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar är den dominerande sjukdomsgruppen bland dem som uppger att de har långvariga sjukdomar och besvär enligt SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Även om dessa sjukdomar inte leder till död eller orsakar sjukhusvård i någon större utsträckning medför de dock betydande lidande och handikapp. De svarar för flest sjukdagar och förtidspensioneringar av alla sjukdomsgrupper.

Andelen kvinnor med sjukdom i rörelseorganen ökar samtidigt som dessa sjukdomar minskar bland män. Framför allt ökar den bland kvinnliga arbetare, medan den minskar bland kvinnliga tjänstemän. I början av 1990-talet hade var fjärde kvinnlig arbetare och var sjunde kvinnlig

tjänstemän besvär från rörelseapparaten. Även invandrare är överrepresenterade vad gäller rörelseapparatsens sjukdomar.

I en studie av de allra äldstas levnadsförhållanden framkommer att närmare 30 procent av männen och 40 procent av kvinnorna har värk i axlar, rygg och leder. Här liksom i befolkningen under 75 år så är besvären minst uttalade bland tjänstemän och störst bland arbetarna. Besvären är vanligare bland kvinnor än bland män.

Andelen personer med nedsatt rörelseförmåga har minskat sedan början av 1980-talet. Minskningen är störst bland kvinnor och har ägt rum både bland arbetare och tjänstemän.

Det finns fortfarande stora brister i vår kunskap om vad som orsakar sjukdomar i rörelseorganen. Psykologiska faktorer, bristande arbetstillfredsställelse, rökning, tunga lyft och vibrationer har dock visat sig ha samband med ryggbesvär.

3.8 Sexuellt överförbara sjukdomar (STD)

Bland de sexuellt överförbara sjukdomarna har hiv/aids under senare år tilldragit sig den största uppmärksamheten. Denna sjukdom nådde Sverige i slutet av 1970-talet. Fram till och med år 1993 hade 3 703 hiv-fall (2 892 män och 811 kvinnor) och 941 aids-fall (853 män och 88 kvinnor) registrerats i Sverige. Utbredningen av infektionen har dock fått ett mer dramatiskt förlopp i andra delar av världen än i Sverige.

Mellan åren 1988 och 1992 har antalet nyregistrerade hiv-fall i Sverige som smittats här i landet minskat med 50 procent, sannolikt som följd av det omfattande preventiva arbetet. Antalet nyanmälda fall med hiv-infektion ligger relativt konstant på omkring 300 fall per år. Heterosexuella kontakter är numera den vanligaste smittvägen, vilket innebär att kvinnor hiv-smittas allt mer. Bland de heterosexuellt smittade är 75 procent invandrare, som kommit från högriskområden och som var smittade när de kom till Sverige.

Andra sexuellt överförda sjukdomar har minskat stadigt. Syfilis, som för några decennier var ett stort hot, har minskat kraftigt. År 1992 upptäcktes 77 nya fall. Klamydia är nu vanligare än vad gonorré någonsin har varit under 1900-talet. Antalet registrerade klamydiafall har dock minskat betydligt sedan år 1988, bl.a. beroende på det effektiva smittspårningsarbete som bedrivits under senare år. Den i dag vanligaste sexuellt överförda sjukdomen är kondylom, könsvårtor. Den är uppskattningsvis dubbelt så vanlig som klamydia. En typ av de s.k. platta kondylomen kan i kombination med andra faktorer, som t.ex. rökning, bidra till cellförändringar, som i sin tur kan övergå till cancer i underlivsorganen.

4 Hälsans förutsättningar

Hälso- och sjukvården har ett lagstadgat ansvar för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Huvudansvaret för den individin-

riktade preventionen ligger också på hälso- och sjukvården. Ur ett folkhälsoperspektiv framstår dock hälso- och sjukvården endast som en av flera förutsättningar för befolkningens hälsa. Levnadsvanor och sociala villkor har utan tvekan spelat större roll för folkhälsoutvecklingen än sjukvårdens insatser. Sjukvården har dock stor legitimitet och auktoritet vad gäller hälsofrågor och har därför möjligheter att påverka såväl enskilda individers beteende som andra samhällssektorers agerande. Inom hälso- och sjukvårdssektorn samlas dagligen mängder av kunskaper om såväl de aktuella hälsoproblemen som deras orsaker. Denna kunskap dokumenteras och analyseras bl.a. i folkhälsorapporter. Det finns dock ett behov av att utveckla samspelet mellan de olika aktörerna så att hälso- och sjukvårdens kunskaper och erfarenheter i större utsträckning än i dag kan utnyttjas i det förebyggande arbetet.

4.1 Samhällsutvecklingen

Den viktigaste förklaringen till hälsans stadiga förbättring i Sverige under lång tid har varit befolkningens alltmer förbättrade ekonomiska villkor. Fattigsverige har blivit Välfärdssverige.

Välfärdssystemens effekter på hälsan är relativt outforskade. Vi vet dock att en av de mest avgörande orsakerna till olikheter i levnadsnivå i vårt samhälle är sjukdom och handikapp. Skillnaderna mellan sjuka och friska och mellan olika patientgrupper är i vissa fall mycket stor. Av hela befolkningen i åldrarna 16-64 år uppger enligt ULF, 1988/89, 12 procent att de saknar kontantmarginal, dvs. att de inte på kort tid kan skaffa fram en större summa pengar. Motsvarande siffra för astmatiker är 16 procent, för diabetiker 17 procent, för svårt rörelsehindrade 27 procent och bland förtidspensionerade med psykisk sjukdom 53 procent.

Världsbanken visar i sin senaste rapport från år 1993 att ett av de allvarligaste hindren för ekonomisk tillväxt ur ett globalt perspektiv är dålig hälsa. Samtidigt finns det inte något starkt samband mellan t.ex. medellivslängd och graden av ekonomisk tillväxt i de rika industriländerna. I en nyligen genomförd OECD-studie har man pekat på att ojämlik inkomstfördelning och relativ fattigdom tycks ha större betydelse för spädbarnsdödligheten än den ekonomiska utvecklingen.

Olika internationella studier under senare år har pekat på ekonomisk segregation som en oberoende riskfaktor för ohälsa. Den förväntade medellivslängden hos en befolkning tycks öka ju större andel av bruttonationalprodukten (BNP) som faller på de sämst lottade. Japan, som brukar nämnas som exempel på ett land med en förhållandevis jämn inkomstfördelning, är nu också det land som har den högsta medellivslängden.

4.2 Arbetslöshet

Alltsedan slutet av andra världskriget har Sverige varit känt för en låg arbetslöshet, delvis som ett resultat av en medveten strävan att med

olika medel hålla arbetslösheten nere (aktiv arbetsmarknadspolitik). Under efterkrigstiden har arbetslösheten aldrig legat högre än 3,5 procent som årsmedeltal. Sedan år 1991 har dock dramatiska förändringar av arbetslösheten skett. År 1993 noterades en arbetslöshet på 8,2 procent. Arbetslösheten var i april 1994 7,4 procent av arbetskraften.

Ett antal rapporter har under senare år belagt arbetslöshetens betydelse som riskfaktor då det gäller bl.a. utvecklandet av ogynnsamma hälsovanor, psykiska besvär, diagnostiserad sjukdom och t.o.m. ökad dödlighet. Även om olika hälsoproblem i sig kan innebära försämrade möjligheter att få arbete, visar flera studier också på ett orsakssamband mellan arbetslöshet och olika hälsoproblem. Omvänt kan man säga att arbetet kan fungera som en viktig faktor då det gäller att förebygga ohälsa. Att se på arbetet som en viktig rehabiliterande faktor understöks bl.a. av rehabiliteringsberedningen (SOU 1988:41).

Risken för psykisk ohälsa ökar vid arbetslöshet. Framför allt gäller detta depressiva besvär. Risken för självmordsförsök och självmord är också kraftigt förhöjd bland arbetslösa.

Många, särskilt ungdomar, hamnar i sociala miljöer med ökad risk för kriminalitet, våld och missbruk. I detta sammanhang finns det anledning att särskilt peka på de samband som man funnit mellan ungdomars arbetslöshet och ökad alkoholkonsumtion (framför allt pojkar) och ökad cigarettökning (flickor). På sikt innebär detta en ökad frekvens av alkohol- och tobaksrelaterade sjukdomar som indirekt kan kopplas till arbetslösheten.

Arbetslösheten påverkar inte bara den arbetslöse utan även hennes eller hans familj och även personer som själva mer indirekt drabbas av arbetslösheten. Dödligheten är t.ex. högre bland hustrur till arbetslösa. Arbetslösheten leder till spänningar i familjen och barnens hälsa påverkas, både fysiskt och psykiskt.

De hälsomässiga effekterna om arbetslösheten ökar från 1,5 till 9 procent, utifrån några kända samband mellan arbetslöshet och ohälsa, har i en studie (AMS 93:4) beräknats innebära en ökning av den totala dödligheten med cirka 1,5 procent eller 200 dödsfall, medan självmorden skulle öka med 7,5 procent. Antalet personer med nedsatt psykiskt välbefinnande skulle öka med drygt 10 procent och benägenheten att söka vård med 3 procent. Antalet förtidspensioneringar skulle öka med cirka 30 procent.

Folkhälsogruppens rapport, nr 17/1992, *Arbetslöshet som folkhälsoproblem* pekar på tre åtgärdsnivåer då det gäller arbetet för att förhindra arbetslöshetens ogynnsamma effekter på folkhälsan. Den första nivån handlar om att hålla arbetslösheten på en så låg nivå som möjligt. En återföring av hälso- och sjukvårdens erfarenheter av arbetslöshetens effekter på hälsan till beslutsfattare och opinionsbildare är här viktig. På den andra nivån gäller det att se till att de som ändå blir arbetslösa löper så liten risk som möjligt att drabbas av ohälsa, trots arbetslösheten. Det handlar om att ge de arbetslösa så goda utgångspunkter som möjligt ur hälsosynpunkt, vilket innebär en kombination av insatser både på central och lokal nivå. Slutligen gäller det också att ge hjälp åt dem som trots

allt både blir arbetslösa och drabbas hälsomässigt av detta. Vårdens insatser är därvid viktiga.

4.3 Inre och yttre miljö

Under det senaste decenniet har inomhusmiljön kommit i fokus, bl.a. efter det att allergiutredningen (SOU 1989:76) pekat på brister i inomhusmiljön som en sannolik orsak till den ökande allergiförekomsten under senare år. Även en rad andra hälsoproblem har antagits ha sin grund i brister i inomhusmiljön. Förutom allergier kan nämnas lungcancer och sjuka-hus-sjukan. Passiv rökning som uppmärksammats under senare år kan också ses som en aspekt på inomhusmiljön.

Ur ett folkhälso- och medborgarperspektiv framstår dessa problem som mycket angelägna att lösa. Det finns anledning att betona behovet av fördjupad forskning, såväl teoretisk som mer tillämpad, inom detta område. Regeringen har också i prop. 1993/94:177, utbildning och forskning – kvalitet och konkurrenskraft, föreslagit att särskilda medel från återstoden av Fond 92-94 skall avsättas till en stiftelse för vårdforskning och forskning om allergier. I propositionen betonas också att forskning om allergier och annan överkänslighet är angelägen. För att komma tillrätta med den ökande allergifrekvensen hos befolkningen, men också för att bedriva ett effektivt förebyggande arbete, finns det behov av allergiforskning inom olika områden och på många nivåer, från rent grundvetenskapliga mekanismstudier till stora populationsundersökningar där allergiutvecklingen kan följas över tid i befolkningen och effekter av förebyggande åtgärder kan utvärderas.

En väg att bygga upp allergiforskningen skulle vara ett svenskt nätverk där några speciella kompetenscentra bildades och gavs ansvar och resurser att med tvärvetenskaplig inriktning driva allergiforskning.

Föroreningar i miljön har klar påverkan på hälso tillståndet. Luftkvaliteten har t.ex. väsentlig betydelse. På flera viktiga punkter som berör hälsa har den yttre miljön i Sverige förbättrats de senaste decennierna. Utsläppen till luft och vatten från miljöstörande industrier har minskat tack vare ökade satsningar på reningsteknik och processteknik. Luftkvaliteten i våra tätorter har i vissa avseenden påtagligt förbättrats. Utsläppen av svaveldioxid har minskat med cirka 80 procent under 1980-talet. Svaveldioxidhalterna t.ex. i centrala Stockholm har minskat med 90 procent mellan åren 1970/71 och 1990/91. Dessa förbättringar beror till övervägande delar på införandet av fjärrvärme och minskad svavelhalt i olja. Användningen av blyfri bensin har inneburit att blyutsläppen har mer än halverats under 1980-talet.

Många problem återstår dock att lösa och somliga problem har ökat. Försurningen av mark och vatten är ett stort problem och spridningen och upplagringen av miljöfarliga ämnen, t.ex. giftiga metaller och organiska miljögifter är ett växande hot. Dessa har ofta en ackumulativ effekt på organismerna. Allt mer uppmärksammas sambandet mellan produktions- och konsumtionsmönster, och miljö och hälsa. Trots att hårda krav på avgasrening har införts har utsläppen från vägtrafiken ännu

inte minskat särskilt markant. Det är långt kvar till dess miljömålen har uppnåtts. Detta beror främst på att antalet fordon och transporter har ökat. En inte oväsentlig del av de föroreningar som faller ner i Sverige härrör från verksamheter utanför landets gränser.

Ett framgångsrikt miljö- och hälsoskyddsarbete innebär att samhället måste slå vakt om de framsteg som har uppnåtts, åtgärda kvarvarande problem samt ha beredskap för att ta itu med nya problem som uppstår. Den viktiga grundprincipen, som är vedertagen i Sverige och som finns med i Romfördraget och i Rio-deklarationen, är att var och en som bedriver miljö- och hälsofarlig verksamhet ska vidta åtgärder för att förebygga och undanröja skador och olägenheter. Statens naturvårdsverk, Socialstyrelsen och andra myndigheter har tillsammans med kommunerna och länsstyrelserna en viktig roll beträffande tillsyn och uppföljning. De samverkansfaktorer som nämnts ovan mellan levnadsvanefaktorer, sociala faktorer och miljöfaktorer betyder att miljö- och hälsoskyddsarbetet måste ses som en integrerad del i det övriga folkhälsoarbetet.

4.4 Smittskydd och hälsa

I Sverige och andra välfärdsländer har dödligheten i smittsamma sjukdomar drastiskt minskat under de senaste hundra åren. Social och ekonomisk utveckling med gynnsamma effekter på hygieniska förhållanden och näringsstillstånd har haft stor betydelse. Effekten av antibiotika och vaccinationer är exempel på andra faktorer som har minskat dödligheten.

Infektionssjukdomar fortsätter dock att vara ett väsentligt folkhälsoproblem.

Resandet i världen har ökat starkt under de senaste decennierna. Många svenskar kommer på så sätt i kontakt med smittämnen, som är mindre vanliga i hemlandet. En övervägande del av de smittsamma sjukdomar som drabbar vuxna förvärvas i dag utomlands. Stora flyktingströmmar kan på motsvarande sätt påverka sjukdomspanoramat i Sverige.

Samtidigt sker i vår omvärld omvälvade politiska förändringar med bl.a. försämrade livsvillkor som följd, vilket kan förväntas öka infektionssjukdomarnas spridning där.

De stora förändringar som pågår inom hälso- och sjukvården, skola och andra samhällssektorer vad gäller verksamhetsformer och ansvarsförhållanden kan också ha sin betydelse.

För att inte riskera negativa effekter på folkhälsan ställs därför stora krav på ett väl fungerand smittskyddsarbete lokalt, regionalt och inte minst nationellt.

4.5 Arbetsmiljö

En stor del av den vuxna människans liv tillbringas i arbete. Arbetsmiljön spelar en stor roll för människors hälsa och är en av de avgörande faktorerna bakom de sociala skillnaderna i hälsa.

Arbetsmiljökommisionen redovisade år 1990 i en rad studier skillnader i hälsa och skaderisker mellan olika yrkesgrupper. Som de mest utsatta yrkena identifierades vissa arbetaryrken och några grupper inom vård, service och transport.

Kommisionen pekade på förbättringar av arbetsmiljön som en av de viktigaste åtgärderna för att minska de sociala skillnaderna i hälsa.

SCB:s arbetsmiljöundersökningar visar att den fysiska arbetsmiljön förbättrats under 1980-talet. Även om tunga och olämpliga arbetsställningar fortfarande är ett stort problem för många minskar de successivt.

Allt eftersom en rad av de kemiska och fysikaliska arbetsmiljöproblemen lösts har större intresse kommit att riktas mot de sociala och psykologiska aspekterna av arbetsmiljön. Särskilt har kombinationen av arbetets krav med det utrymme som ges för att fatta självständiga beslut varit föremål för vetenskapliga studier. Kombinationen av höga krav och litet beslutsutrymme, s.k. högstressarbete, har visat sig ha samband med bl.a. nedsatt psykiskt välbefinnande och hjärt-kärlbesvär.

Under 1980-talet har märkts en tendens till polarisering av arbetets innehåll. Både högstressarbeten och arbeten med ett positivt innehåll har blivit fler relativt sett. Medan de stressfyllda arbetena knappast ökar hos män, så blir de betydligt fler bland kvinnor. Förändringen för kvinnor i kvalificerade arbetaryrken är särskilt uppseendeväckande. Bland dem har andelen med högstressarbete mer än tredubblats. Den negativa utvecklingen av kvinnors arbeten i fråga om psykisk belastning tycks ha samband med själva arbetsinnehållet – varken den totala arbetstiden eller familjesituationen tycks nämnvärt påverka graden av stress i arbetet.

Genom bl.a. uppsägning av avtal mellan parterna har företagshälsovårdens arbetsinsatser minskat. Ändringar av regler och ändrade statliga bidragsbestämmelser för arbetsskadeersättning har också inneburit att incitamentet för att anmäla arbetsskador minskat. Det är viktigt att bevaka utvecklingen så att inte en sämre utbygd företagshälsovård och en mindre fullständig registrering av arbetsskador leder till att arbetsmiljön försämras.

4.6 Invandrares och flyktingars hälsa

Under 1960 och 70-talen dominerades invandringen av s.k. arbetskraftsinvandring och anhöriga till dessa invandrare. Invandrarna kom i första hand från övriga europeiska länder. I början av 1980-talet ökade flyktinginvandringen från utomeuropeiska länder.

Flera studier har visat att invandrare har sämre hälsa än infödda svenskar. Detta gäller framförallt invandrare från Grekland, Jugoslavien och Turkiet. Det kan konstateras att bland män har invandrare tre år kortare medellivslängd än infödda svenskar. Det har också visat sig att både långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga är vanligare bland första generationens invandrare än hos dem med svenskt ursprung. Levnadsnivåundersökningen (LNU) 1981 visade att 20 procent av finländska invandrare och 31 procent av jugoslaviska invandrare led av nedsatt rör-

elseförmåga. Även cirkulationsbesvär, värk i axlar, ben och leder samt dåliga tänder är vanligare i dessa grupper.

De flesta asylsökande vistas under en begränsad tid på flyktingförläggningar. De grupper som kommer till Sverige är mycket heterogena och det går inte att dra några generella slutsatser om hur flyktingarna mår vid ankomsten. De flyktingar som kom till förläggningen i Carlslund under perioden oktober 1992 – oktober 1993 visade sig vara fysiskt ganska friska vid ankomsten. De flesta kom då från Bosnien men relativt många också från bl.a. Irak, Somalia och Uganda.

En genomgång av 10 procent av journalerna visade att cirka 75 procent av de asylsökande uppgav att de inte hade några hälsoproblem alls. 10 – 15 procent uppgav att de hade psykiska problem.

En studie vid Röda Korsets flyktingförläggningar under åren 1988 – 1990 visade att vanliga hälsoproblem som t.ex. luftvägsinfektioner, öronsjukdomar, huvudvärk, sömnbesvär och oro är de dominerande. Flyktingsituationen i sig är dock påfrestande och det finns tecken på att flyktingarna blir sämre efter en tids vistelse i Sverige. Sådana studier är emellertid begränsade och kunskapen om detta är därför liten. En studie på flyktingar som kom till Västerås år 1983 visar att flyktingarna efter sex år mådde sämre i alla avseenden utom att de kände sig mindre nedstämda än vid ankomsten och att männen hade mindre problem med sömnen än vid ankomsten.

Ytterligare en skillnad som visat sig är att tandhälsan hos invandrabarn är betydligt sämre än hos svenska barn. I en studie från Gävleborgs län år 1989 visas att av de yngre invandrabarnen är 46 procent kariesfria vid 5 års ålder, medan 62 procent av de svenska barnen är kariesfria. Skillnaderna jämnas emellertid ut längre upp i åldrarna.

Det har också visat sig att invandrare (utom norrmän och danskar) oftare är rädda att gå ut eller avstår från att gå ut på grund av risken att utsättas för våld. Rädslan är också enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport befogad eftersom invandrare blivit utsatta för våld eller hot i större omfattning än svenskar.

Att hiv-infektion är vanligare bland flyktingar från de delar av världen där förekomst av hiv/aids är hög utgör ett särskilt problem. Av de nyanmälda fallen i Sverige tillhör mer än hälften gruppen invandrare/flyktingar.

Trots att situationen för de resursmässigt svagaste grupperna, till vilka invandrare som grupp betraktat räknas, har förbättrats under 1980-talet, är situationen fortfarande inte tillfredsställande. Inte minst därför att skillnaderna har ökat i förhållande till andra grupper i samhället.

Den under 1980-talet starka högkonjunkturen förde med sig stor efterfrågan på arbetskraft. Dessa år av hög förvärvsfrekvens bidrog emellertid inte till att skapa fler arbetstillfällen för invandrare. Tvärt om lämnade många invandrare arbetsmarknaden och blev arbetslösa, förtidspensionerade, latent arbetssökande eller studerande. Särskilt gäller detta för utomeuropeiska invandrare.

Under 1990-talet har arbetsmarknadssituationen förändrats markant. I alla grupper märks minskad sysselsättning och ökande arbetslöshet. Arbetslösheten är högst bland invandrare och ungdomar.

Under 1980-talet började antalet hushåll med socialbidrag att öka och ökningen gick till största delen till de utländska hushållen.

Boendesegregationen ökade fram till år 1985 och vissa tecken tyder på en fortsatt ökning. Vissa stadsdelar i storstädernas periferier har fortfarande en kraftig överrepresentation av resurssvaga hushåll och invandrare.

Samtidigt har många av dessa bostadsområden miljöbrister och undermålig service. De boende uppger att de känner allmänt obehag och rädsla inför bostadsområdets miljö. Flera tecken tyder också på att ny-anlända invandrare har betydligt svårare att etablera sig på bostadsmarknaden i dag än tidigare.

De senaste årens utveckling på bostadsmarknaden samt den höga arbetslösheten och dess återverkningar på hushållens ekonomi kan leda till förändringar av befolkningens boendestandard i negativ riktning. Av det skälet är det viktigt att särskilt uppmärksamma förhållandena för de befolkningskategorier som fortfarande är trångbudda, framförallt unga, barnfamiljer och invandrare.

4.7 Alkohol

Även om alkoholbetingad sjuklighet utgör ett stort problem i Sverige, så har vi – bl.a. tack vara en stark nykterhetsrörelse och en restriktiv alkoholpolitik – lyckats hålla skadorna på en, i jämförelse med många andra länder, låg nivå.

I Sverige räknar man med att ungefär 10 procent av den vuxna manliga befolkningen är högkonsumenter av alkohol och att ytterligare 10 procent kommer att drabbas av alkoholrelaterade problem under sin livstid. Bland kvinnorna är siffrorna lägre men mörkertalet är sannolikt högre än bland män.

Data som visar den totala omfattningen av alkoholskadorna saknas i stor utsträckning. Detta gäller speciellt sociala skador, t.ex. misshandel och konsekvenser för barn som växer upp i hem där någon av de vuxna missbrukar alkohol. Det gäller i viss mån också för många av de sjukdomar som till en viss grad orsakas av alkohol.

Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser (alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning) samvarierar med den totala alkoholförsäljningen. En ökning av alkoholförsäljningen åtföljs av en ökad dödlighet. En minskning av alkoholförsäljningen följs av minskad dödlighet.

Genom att alkohol påverkar sådana förhållanden som reaktionsförmåga, motorik och omdöme ökar risken för olyckor med ökande alkoholkonsumtion. Bland annat när de gäller trafikolyckor och drunkningsolyckor har man i olika undersökningar visat att en betydande överrisk föreligger vid alkoholpåverkan.

Alkoholskadornas kostnader är svåra att uppskatta, men några försök har gjorts. I en undersökning beräknas de samhällsekonomiska kostnaderna för produktionsbortfall, vård, egendomsskador och förebyggande åtgärder. Omräknat till 1990/91 års kostnadsnivå uppgår dessa kostnader till ca 100 miljarder kronor årligen.

Målet för alkoholpolitiken är att begränsa alkoholens skadeverkningar genom att sänka den totala alkoholkonsumtionen. Denna strategi bygger på omfattande kunskaper om tillgänglighetens betydelse för utvecklingen av totalkonsumtionen och alkoholskadorna. En ökad tillgänglighet av alkohol medför en ökad konsumtion och ju mer alkohol som totalt dricks i ett samhälle, desto fler storkonsumenter kommer det att finnas och desto fler kommer att få skador av sitt drickande.

Detta synsätt har också anammats av Världshälsoorganisationen (WHO) och ligger till grund för Europaregionens handlingsplan (European Alcohol Action Plan) för att minska alkoholskadorna i Europa. Planen har antagits enhälligt av alla Europaregionens stater, inklusive samtliga EU-stater, och målsättningen är att med år 1980 som basår minska alkoholkonsumtionen i dessa länder med minst 25 procent till år 2000.

Vid en internationell jämförelse har Sverige en relativt låg alkoholkonsumtion per capita, även om man tar hänsyn till uppskattningar av den icke statistikförda konsumtionen. Till följd härav är också skadenivån lägre än i jämförbara industriländer. EES-avtalet och ett eventuellt EU-medlemskap innebär dock att Sverige kommer närmare övriga Europa och därmed länder med en mindre restriktiv alkoholpolitik och med andra dryckesmönster och attityder till alkohol. Sett i ett längre tidsperspektiv kan det dessutom finnas risk för att våra höga svenska alkoholpriser kommer att påverkas nedåt på grund av marknadsanpassning och slopad gränskontroll. Det betyder att vi på lite längre sikt måste hitta alternativa strategier för att motverka effekterna av en försvagad prispolitik. Annars finns det risk att konsumtionen kommer att öka kraftigt.

Bl.a. mot denna bakgrund tillsatte regeringen den alkoholpolitiska kommissionen med uppgift bl.a. att ta fram en strategi för att minska den totala alkoholkonsumtionen och begränsa alkoholens skadeverkningar. Kommissionen överlämnade den 13 april 1994 sitt slutbetänkande till regeringen. Detta är för närvarande föremål för remissbehandling.

Med tanke på den integrationsprocess som pågår i Europa och det intensifierade sociala och kulturella utbyte som kan förväntas behövs enligt kommissionen framöver en kraftfull mobilisering på alkoholområdet för att ytterligare begränsa den totala konsumtionen, tränga tillbaka missbruket och motverka alkoholskadorna.

4.8 Narkotika

Under år 1992 genomfördes en kartläggning som beräknar att det i Sverige finns mellan 14 000 och 19 000 personer som regelbundet missbrukar narkotika. Detta är en viss ökning jämfört med vad som framkom i den förra kartläggningen som gjordes år 1979. Då beräknades

antalet tunga missbrukare till mellan 10 000 och 14 000. Andelen unga personer med ett tungt missbruk har dock minskat påtagligt sedan år 1979. Då var 37 procent under 25 år. År 1992 var motsvarande andel 10 procent. Den nyrekrytering till gruppen tunga missbrukare som ägt rum sedan 1979, tycks främst ha inträffat under tidigare delen av 1980-talet.

Sedan flera år tillbaka genomförs regelbundet undersökningar av drogvanor bland skolorngdom i årskurs 9. I början av 1970-talet visade dessa att cirka 14 procent av de tillfrågade eleverna någon gång provat narkotika. Under 1980-talet hade andelen sjunkit till omkring fyra procent. I den senaste undersökningen, som avser förhållandena under år 1993, är motsvarande andel fem procent. Det finns också indikationer på att nya droger såsom ecstasy och rökheroin används i ökad omfattning i vissa ungdomskretsar.

Syftet med den svenska narkotikapolitiken är att på alla nivåer och områden markera ett avståndstagande från narkotikan som företeelse. Vi har i Sverige sedan lång tid tillbaka lagt fast vår narkotikapolitik och vi har valt att möta narkotikahotet med offensiva insatser från kommuner, myndigheter och organisationer. Genom en konsekvent politik inriktad på att minska tillgången på narkotika och samtidigt dämpa efterfrågan har vi lyckats hålla det experimentella bruket av narkotika och nyrekryteringen till tungt narkotikamissbruk på en internationellt sett låg nivå.

Det är lätt att se att narkotikamissbruket för med sig en rad negativa konsekvenser för såväl missbrukarna själva som för samhället. Riksrevisionsverket har i en översyn av narkomanvården (1993) beräknat de statliga och kommunala kostnaderna till mellan 1,8 och 3,7 miljoner kronor för en narkotikamissbrukare.

Överdödligheten bland narkotikamissbrukare är stor och kan härledas till tre kategorier. Akuta dödsfall (oftast i form av direkta överdoser), sekundära sjukdomar (t.ex. hiv/aids, gulsot, lever- och njurskador, blodförgiftning) samt dödsfall relaterade till narkotikamiljön (t.ex. olycksfall, dråp, mord och självmord).

Studier av skadeverkningsarna av cannabissmissbruk visar bl.a. att användningen av cannabis kan förkorta graviditetens längd och det är också troligt att fosterskador kan uppstå. Vissa studier pekar på ett samband mellan cannabis och våldsbrott liksom cannabis och självmord.

Stora insatser bör göras även i framtiden för att upprätthålla och förstärka den negativa inställning till narkotika som finns i Sverige. Folkhälsoinstitutet som svarar för samordning och utveckling av de förebyggande insatserna när det gäller alkohol och narkotika har nyligen inlett en stor kampanj för att motverka drogmissbruk bland ungdomar.

4.9 Tobak

Tobaksbruk, framför allt cigarettökning, är en av de allra största enskilda, påverkbara hälsoriskerna när det gäller en rad sjukdomar, bl.a. lungcancer och hjärt-kärlsjukdomar. Dessutom finns det samband mellan

tobaksbruk och många andra hälsobesvär, t.ex. ryggbesvär, infertilitet, och tandlossningssjukdomar.

Sedan början av 1980-talet har rökningen minskat bland såväl kvinnor som män. För kvinnor har andelen dagligrökare minskat från 28 procent (1980/81) till 25 procent (1990/91). För män är motsvarande siffror 35 respektive 26 procent. Bland kvinnorna kan man konstatera skillnader mellan olika grupper. Andelen rökare bland kvinnliga tjänstemän har minskat under perioden, medan rökningen hos kvinnliga arbetare är oförändrad.

Rökvanorna grundläggs i de allra flesta fall tidigt. Få människor börjar röka efter 20 års ålder. Under 1970-talet minskade andelen rökare bland barn och ungdomar kraftigt. Rökningen hos högstadieungdomar har sedan mitten av 1980-talet ökat igen, bland såväl pojkar som flickor. Ökningen har emellertid inte fortsatt under 1990-talet. Istället kan en viss nedgång åter skönjas. Fortfarande röker dock fler ungdomar i dag än i mitten av 1980-talet.

Rökning är vanligare i storstadsområdena än i de mindre tätbefolkade kommunerna. Lägst andel rökare i landet finns i de norra glesbygdsområdena. Dubbelt så många fränskilda män röker som män i allmänhet. Rökningen är också mycket utbredd bland manliga utländska medborgare.

Den nya tobakslagen (SFS 1993:581) utgör ett viktigt instrument i arbetet med att bekämpa tobakens skadeverkningar. Sverige har tidigt framstått som ett föregångsland då det gäller det förebyggande arbetet mot tobaksbruket. Sverige är dock numera inte unikt, utan andra länder har en likartad och i viss mån mer långtgående reglering av tobaksbruket. Den ogynnsamma utvecklingen av rökvanor bland ungdomar motiverar särskild uppmärksamhet och åtgärder som riktar sig mot denna grupp.

4.10 Matvanor

Vad vi äter har stor betydelse för vår hälsa. Kosten har samband med sjukdomar som hjärtinfarkt, slaganfall, diabetes och cancer. En viss förbättring av matvanorna har kunnat registreras under senare år. Konsumtionen av grönsaker, frukt och bär har ökat påtagligt och den direkta konsumtionen av socker har minskat. Socker i form av konfektyrer, saft, glass m.m. har däremot ökat kraftigt varför den totala konsumtionen av socker fortfarande är hög. Dessutom är fetthinnehållet trots en viss sänkning fortfarande högt och fiberinnehållet lågt. Barn och ungdomar har i allmänhet bättre kostvanor än vuxna. Högutbildade har bättre matvanor än lågutbildade, vilket också slår igenom på deras barns matvanor.

Studier och folkhälsoprojekt har visat att människors matvanor kan förändras i positiv riktning. Ett exempel är Norsjö-projektet i Västerbotten, där man försökt minska de höga riskerna för hjärt-kärlsjukdomar. Genom en kombination av åtgärder som t.ex. information, folkbildning, livsmedelsmärkning, hälsoundersökningar och individuell råd-

givning har andelen personer med höga kolesterolvärden minskat med 45 procent bland männen och 32 procent bland kvinnorna. Andelen personer med höga kolesterolnivåer minskade i samtliga socioekonomiska grupper.

Viktiga instrument för att påverka människors matvanor är bl.a. utbildning och förbättrad tillgänglighet av bra mat och livsmedel. Hälsopolitiska överväganden bör därför beaktas vid sådana nationella regleringar som påverkar tillgången till bra livsmedel och konsumenternas matkostnad.

4.11 Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet, anpassad till individens förutsättningar, ger många positiva effekter. Den fysiska arbetsförmågan ökar, även i höga åldrar och vid vissa sjukdomstillstånd där prestationsförmågan varit nedsatt. Fysisk aktivitet förbättrar balans och rörelsekontroll och riskerna för skador både i arbetslivet och på fritid minskar. Andra positiva effekter är att andnings- och cirkulationsapparatens funktion förbättras, hjärtfrekvens och blodtryck sjunker och belastningen på hjärtat minskar. Muskelkraft och skelettfasthet ökar och risken för bl.a. led och ryggbesvär minskar. Möjligheterna att behålla normalvikt och undvika övervikt ökar och det bidrar i sin tur till förbättrad rörlighet och minskad belastning på skelett och leder. Motionen har positiva effekter på både blodtryck och höga blodfetter. Den som motionerar löper därför mindre risk för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar.

SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden från 1990/91 visar att var sjunde person inte motionerar alls. Andelen som inte motionerar har ökat något bland kvinnliga tjänstemän. De socioekonomiska skillnaderna har ökat bland kvinnor men inte bland män. De som skaffar sig en längre utbildning motionerar mer än de som bara har en kort utbildning. Att inte motionera är vanligare bland rökare än icke-rökare.

5 Folkhälsoarbetet i ett internationellt perspektiv

Sett i ett globalt perspektiv har det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande arbetet framförallt utvecklats inom ramen för Världshälsoorganisationen (WHO). Flera andra organisationer har också frågor som är relaterade till hälsa på sin agenda. Hit hör FN:s barnfond (UNICEF) vad gäller barnhälsovården och FN:s Flyktingkommissariat (UNCHR) vad gäller flyktingars hälso- och sjukvård och även FN:s narkotikakontroll program (UNDCP). Världsbanken har under 1990-talet ägnat hälsofrågorna allt större intresse. Världsbankens utvecklingsrapport 1993, som tar upp samspelet mellan hälsa, hälsopolitik och ekonomisk utveckling, har blivit mycket uppmärksammasad.

5.1 Hälsa för alla år 2000

Styrande för en stor del av arbetet internationellt men också för många länders nationella arbete har varit Världshälsorganisationens resolution *Hälsa för alla år 2000*, som antogs år 1977 och konkretiserades till en primär hälsovårdsstrategi genom Alma Ata-deklarationen 1978. I Europaregionen vidareutvecklades tankegångarna i *Hälsa för alla år 2000* till 38 hälsopolitiska mål som medlemsländerna, däribland Sverige, ställde sig bakom år 1984. Målen reviderades år 1991 och publicerades i sin nu gällande form två år senare.

Det första och mest centrala målet tar sikte på jämlikhet i hälsa. I målet sägs att år 2000 skall skillnader i hälsotillstånd mellan länder och mellan grupper ha minskat med minst 25% genom förbättringar för sämre gynnade länder och grupper. År 2000 ställs här i relation till år 1984.

Det finns också mål som är särskilt inriktade på barn och ungdomars och på kvinnors hälsa.

- År 2000 skall barns- och ungdomars hälsa ha förbättrats så att de får möjlighet att växa och utvecklas till sin fulla fysiska, mentala och sociala förmåga.
- År 2000 skall kvinnors hälsa påtagligt ha förbättrats och fortlöpande förbättras.

I det svenska folkhälsoarbetet har särskilt målet att hälsoskadligt bruk av beroendeskapande ämnen som tobak, alkohol och droger skall minska avsevärt lyfts fram och använts i det konkreta folkhälsoarbetet.

De 38 målen har en mycket bred ansats och betonar det sektorsövergripande perspektivet. Målen följs löpande upp och rapporteras till WHO. En uppföljning av den svenska utvecklingen under de senaste åren överlämnades i mars 1994 till WHO.

5.2 Investera i hälsa

Världsbankens utvecklingsrapport 1993 *Investera i hälsa* ägnas helt åt hälsofrågorna. Banken betraktar hälsovård som en investering för utveckling i stället för som en utgift. Rekommendationen är att investera mer och bättre i hälsa, eftersom det är bra både för ekonomin och samhällsutvecklingen.

När det gäller folkhälsoarbete anser Världsbanken att insatser bör ske med i huvudsak tre inriktningar:

1. Att erbjuda hälsovård (t.ex. vaccinationsprogram)
2. Att främja hälsosamma beteenden
3. Att skapa hälsofrämjande miljöer

Tyngdpunkten i Världsbankens resonemang ligger i att se hälsa som en resurs för utveckling och välfärd hos bankens låntagare bland u-länderna och i Öst- och Centraleuropa. Investeringar skall därför grundas på en kostnads/effektivitetsanalys dvs. eftersom resurserna är begränsade skall de satsas där de ger de största hälsovinster. Några av Världsbankens viktigaste rekommendationer är att satsa på

- hushåll och familjer,
- flickors utbildning och
- kvinnors rättigheter.

Ett grundläggande folkhälsopaket bör enligt Världsbanken innehålla program för vaccinationer, hälsoarbete i skolan, insatser för att öka människors kunskap om familjeplanering, kostfrågor, egenvård, åtgärder för att minska bruket av tobak, alkohol och andra droger samt aids-förebyggande insatser med stark betoning av sexuellt överförbara sjukdomar.

Även om Världsbankens rapport primärt riktar sig till utvecklingsländer och Öst- och Centraleuropa är flera av de principiella resonemangen av stort intresse som underlag för diskussioner om den fortsatta utvecklingen av folkhälsoarbetet i Sverige och internationellt.

5.3 Hälsa och miljö knyts samman

År 1987 presenterade den s.k. Brundtlandkommissionen rapporten *Vår gemensamma framtid*. Dess analys visade på att en grundläggande faktor för att komma till rätta med de globala miljöproblemen är att angripa fattigdomen. Tillgång till dricksvatten, fungerande avlopps- och avfallshandling, föda och hygien är stora miljöfrågor. Samma analys kan tillämpas på villkoren för folkhälsan. Motsvarande resonemang fördes i Sverige under 1800-talets senare hälft och ledde till inrättandet av sundhetsnämnder i städerna, stadsläkarväsendet och hälsoskyddslagstiftningen. Ett nyckelbegrepp i Brundtlandrapporten är "hållbar utveckling", dvs. dagens generationer har ingen rätt att ta ut mer av jordens resurser än vad som kan återskapas genom kretsloppsprocessen, för att inte förbruka kommande generationers livsmiljö och därmed förutsättningar för en god hälsa.

År 1991 genomfördes i Sundsvall den tredje världskonferensen om hälsofrämjande arbete. Temat var stödjande miljöer för hälsa. Erfarenheter från ett 80-tal länder från både u- och i-världen visade på exempel där miljö- och hälsoarbetet gick hand i hand. Insatser för att skapa gynnsamma villkor för människor att kunna göra val som främjar hälsan och står i samklang med en hållbar utveckling sågs som en huvudstrategi och en förutsättning för att påverka individuella attityder och vanor.

Vid toppmötet i Rio de Janeiro år 1992 enades världens statschefer om Rio-deklarationen med 27 punkter. Den första slår fast att "I strävan mot en hållbar utveckling står människan i centrum. Hon har rätt till ett hälsosamt och rikt liv i samklang med naturen". Vid Rio-konferensen antogs också en handlingsplan för nästa sekel, *Agenda 21*. Kapitel 6, som handlar om att skydda och främja människors hälsa, knyter direkt an till folkhälsoarbetet genom att betona insatser i lokalsamhället och kopplingen mellan miljö- och hälsoutveckling.

Internationellt knyts på många håll folkhälso- och miljöarbetet allt närmare varandra eftersom fysiska, sociala och kulturella miljöer, vid sidan av det biologiska arvet, är förutsättningar för hälsa. Metoderna att å-

stadkomma förändringar är i många fall gemensamma och det finns tydliga globala-lokala samband.

Skr. 1993/94:247

5.4 Några huvudlinjer i den europeiska utvecklingen

De djupgående förändringar som Europa nu genomgår påverkar arbets-sätt och inriktning av folkhälsoarbetet i olika länder. WHO:s europa-kontor har identifierat vissa utvecklingstrender som bedöms vara av betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälsoarbetet.

– Nya oberoende stater

Demokratiseringen av länder inom det forna östblocket öppnar möjligheter att angripa bl.a. källor till miljöproblem som ger negativa hälsoeffekter både inom och utom dessa länder. Ett område som också kommer i fokus är kvinnors hälsa mot bakgrund av höga aborttal och hög mödradödlighet.

– Ekonomisk stagnation

Den globala ekonomiska nedgången har lett till arbetslöshet på hög nivå och bland tidigare ej drabbade grupper. Hälsan påverkas negativt på olika sätt: ökat alkoholmissbruk, psykisk ohälsa och självmord, asociala beteenden och olika fysiska åkommor som visar upp tydliga samband med graden av arbetslöshet.

Även för dem som fortfarande har fast arbete har arbetslösheten indirekta negativa effekter.

Inte minst folkhälsofrågorna måste betraktas i detta perspektiv. En framtida ekonomisk politik måste också vara en hälsoinriktad politik där hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är delar av olika politikområden och betraktas som investeringar i folkhälsan för ekonomisk och social utveckling.

– En integrerad europaekonomi

Genom artikel 129 i Maastrichtfördraget om folkhälsa (Public Health) och de program och andra initiativ som tidigare tagits inom EG och nu förstärks inom den Europeiska Unionen (EU) integreras hälsofrågorna i det europeiska samarbetet. Viktiga frågor är alkohol-, tobaks- och miljöpolitik. Inom EU kommer nya allianser för folkhälsofrågorna att växa fram och inte minst de nordiska länderna kan om de blir medlemmar bli pådrivande i hälsopolitiken.

– Migration

Till den migration som följer av de politiska förändringarna i Europa kommer också flyktingströmmarna från Asien och Afrika.

Invandrarnas hälsotillstånd är ofta betydligt sämre än den inhemska befolkningens. Detta innebär att särskild uppmärksamhet måste ägnas invandrargruppernas hälsotillstånd och det måste finnas kompetens att utföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som är kulturellt accepterade.

- Hälsa, miljö och ekologi

Olika krafter verkar nu för att närma och sammanföra hälso- och miljöarbetet. Hälsospekterna är viktiga i miljöarbetet. Ett förebyggande miljöarbete leder också till ett arbete som förebygger ohälsa. En gemensam utgångspunkt för båda områdena är att i högre grad lita till egna och tillgängliga resurser och verka för återanvändning eller att det som tagits i anspråk återskapas.

För hälsans del innebär detta att öka människors egen förmåga att skydda och förbättra sin hälsa genom att skapa stödande miljöer för hälsa och en hälsoinriktad samhällspolitik.

- Hälsa- och sjukvårdsreformer

Alla hälso- och sjukvårdssystem i Europa tycks vara i förändring. Gemensamma utgångspunkter är att hejda kostnadsutvecklingen, öka effektiviteten i systemen, skapa incitament för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården att förbättra effekterna av och kvaliteten på insatserna, öka tillgängligheten och erbjuda tjänster som bättre svarar mot brukarnas önskemål.

I samband med att hälso- och sjukvårdssystemen förändras i olika länder ges också möjligheter att föra fram de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekterna.

- Privatiseringar

Privatisering av delar av den offentliga strukturen pågår såväl inom de forna östblockstaterna som i andra europeiska länder.

Utvecklingen går i riktning mot fler alternativ. Detta ställer ökade krav på medborgarna som konsumenter av olika tjänster. Därför behöver frågor om hur sjukdomar kan förebyggas och hälsan främjas bli en del av konsumentinformationen så att enskilda medborgare har en reell möjlighet att göra medvetna och hälsosamma val.

- Decentralisering

Beslutsfattande och förvaltning förs ner till lägsta möjliga politiska nivå och de nationella regeringarnas uppgifter renodlas till att sätta ramar för verksamheten och att följa upp att intentionerna i centralt fattade beslut blir förverkligade på regional eller lokal nivå på lämpligt – men inte nödvändigtvis likformigt – sätt. Hälsoarbete med förankring hos – och utfört av – medborgarna förespråkas i allt större utsträckning.

Den lokala nivån får en allt större betydelse för folkhälsoarbetet.

– *Ökad medvetenhet och medborgarengagemang*

Kunskaperna om samband mellan levnadsvanor och ohälsa och medvetenheten om hälsan har ökat bland befolkningen. Förändringarna i levnadsvanor är dock inte jämnt fördelade i befolkningen. Framförallt socialt utsatta grupper släpar efter.

De huvudlinjer för utvecklingen som WHO här identifierar är i högsta grad relevanta också för oss i Sverige och bör tas med i övervägandena när vi utformar vår nationella hälsopolitik och när vi agerar i olika internationella fora.

5.5 EU och folkhälsan

EU:s principer om fri rörlighet för människor, varor, tjänster och kapital har flera beröringspunkter med folkhälsofrågorna. Vidare är folkhälsoområdet i och med Maastrichtfördraget ett uttalat samarbetsområde för medlemsländerna. Det bör dock uppmärksammas att EU-samarbetet endast gäller förebyggande hälsoarbete och inte behandlingsfrågor.

I de svenska diskussionerna om ett EU medlemskap har inom hälsoområdet framförallt de alkoholpolitiska konsekvenserna av ett medlemskap berörts liksom konsekvenserna för bekämpningen av narkotika. Många andra aspekter av ett EU-samarbete kan dock vara värda att uppmärksammas som t.ex. det föreslagna systemet för en europeisk läkemedelsprovning eller arbetet på miljöområdet. Folkhälsofrågorna bör därför ges en central ställning när Sverige formulerar sin EU-politik.

En av de s.k. konsekvensutredningarna, *EG, kvinnorna och välfärden* (SOU 1993:117), har i sin bilaga 4 en utförlig beskrivning av några folkhälsoområden och EG.

5.5.1 En särskild artikel om folkhälsa i EU:s fördrag

I Maastrichtfördraget om Europeiska unionen ingår en särskild artikel (129) om "Public Health". Där sägs bl.a. att EU skall bidra till att säkerställa ett skydd för människors hälsa på hög nivå genom att stimulera samarbete mellan medlemsländer och om nödvändigt bistå i deras verksamhet. I detta sammanhang nämns bekämpning av narkotikamissbruk särskilt. Vidare sägs att skyddet för människors hälsa skall vara en grundläggande aspekt på politiken inom andra EU-områden. Det kan t.ex. röra sig om jordbrukspolitik, forskning och utveckling eller arbetsmiljö.

För att uppnå det samordningsmål som finns uppsatt i artikel 129 arbetar EU framförallt med programsamarbete inom olika definierade områden. Någon harmoniserande lagstiftning inom folkhälsoområdet är

inte förutsedd även om naturligtvis lagstiftning inom exempelvis miljöområdet kan ha viktiga folkhälsoaspekter.

För närvarande diskuteras nya samarbetsprogram vad avser folkhälso- befrämjande åtgärder, olycksfallsbekämpning, miljörelaterade sjukdomar, epidemiologi och ovanliga sjukdomar.

Nära kopplad till artikel 129 är artikel 129a, som behandlar konsumenterskydd med avseende på bl.a. hälsa, säkerhet och konsumenternas ekonomiska intressen.

Vidare finns en artikel 130r, som behandlar miljön. Av denna framgår att EU:s miljöpolicy bl.a. går ut på att skydda människors hälsa.

5.5.2 Pågående program och verksamheter

De mest omfattande pågående folkhälsoprogrammen inom EU är:

1. Europe Against Aids med 10 delprogram.
2. Europe Against Cancer (EAC)

I aidsprogrammet deltar Sverige indirekt genom det globala program som WHO har initierat, med Sverige i en framträdande roll, och där viss samordning sker med EU:s insatser.

Sedan år 1990 finns Sverige med i cancerprogrammet genom Socialdepartementet och Cancerfonden. Vi är därigenom representerade i den expertkommitté, som är knuten till programmets ledning. Europe Against Cancer har haft stor betydelse för att tobaksfrågan kommit upp på EU:s dagordning. En rad åtgärder som varningstexter, gränsvärden för innehåll, reklamförbud, höjda skattenivåer och rökfria miljöer planeras eller har genomförts. EU har nyligen lagt fram ett förslag om en ny åtgärdsplan för att bekämpa cancer för perioden 1995-1999. Stor vikt läggs vid information till allmänheten, hälsoupplýsning och utbyte av data mellan olika cancerregister för att identifiera tänkbara skyddande faktorer. Ett annat initiativ med utgångspunkt från bl.a. EU:s cancerprogram är "The European Network of Health Promoting Schools" som bedrivs i samarbete med Europarådet och WHO:s europakontor. Sverige deltar fullt ut med Folkhälsoinstitutet som nationell samordnare och 11 svenska skolor har valts ut.

Kampen mot narkotikamissbruk är ett prioriterat område inom EU som i och med unionsfördraget har fått ett nytt mandat på detta område. Vid Europeiska rådets möte i Rom i december 1990 godkändes den första europeiska handlingsplanen för bekämpning av narkotika. Narkotika- problemet ses där som ett globalt problem som kräver samarbete över nations- och sektorsgränser. Såväl kontrollåtgärder som åtgärder för att minska efterfrågan behövs för att komma till rätta med problemet. En ny plan är nu under utarbetning.

Vidare har ministerrådet beslutat att inrätta ett europeiskt observatorium för narkotikafrågor (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) med placering i Lissabon. Observatoriets uppgift är att i samarbete med medlemsländerna samla in, sammanställa och sprida objektiv, tillförlitlig och jämförbar information om narkotika och narkotikamissbruk.

I EU:s ministerråd hanteras folkhälsofrågorna av medlemsländernas hälsoministrar.

Inom kommissionen handläggs folkhälsofrågorna inom generaldirektorat (DG) V för "sysselsättning, relationer på arbetsmarknaden, och sociala frågor". Enheten som handlägger folkhälsofrågor är belägen i Luxemburg.

Sedan början av år 1994 finns vidare ett samrådsorgan under ledning av DG V där alla vertikala folkhälsofrågor behandlas. Denna grupp består av företrädare för samtliga direktorat och ses som ett viktigt instrument för att förverkliga målsättningen att hälsoskyddskraven skall ingå som ett led i gemenskapens övriga politik.

Kommissionen har som tidigare nämnt styrkommittéer för de särskilda program som nu arbetar. Vidare har man en styrkommitté som arbetar med hälsofrämjande åtgärder och som under året kommer att lägga fram ett förslag till program.

6 Roller och ansvarsfördelning i folkhälsoarbetet

Med en mycket bred tolkning av innebörden i folkhälsoarbete blir slutsatsen att praktiskt taget all verksamhet i samhället – oberoende av vilken organisationsform man väljer – kan påverka folkhälsan i den ena eller andra riktningen. Det är inte möjligt att ge en fullständig bild av detta. I detta avsnitt begränsas redovisningen till att omfatta rollfördelningen formellt och praktiskt på nationell, regional och lokal nivå med utgångspunkt från i första hand socialsektorn, dvs. hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

6.1 Staten

Statens roll i folkhälsoarbetet är att garantera långsiktighet genom att bedriva en strategisk hälsopolitik som syftar till att skapa förutsättningar för en god hälsa i hela befolkningen. Staten har också som uppgift att bidra till kvalitetsutvecklingen med beslutsunderlag och arbetsmetoder. Det sker genom FoU-insatser, uppbyggnad av nationella register med aktuell information, bidrag till finansiering av försöksverksamhet och utveckling av infrastrukturer för folkhälsoarbetet. Att tillgodose behovet av en lagstiftning som ger stöd och sätter ramar för folkhälsoarbetet är en annan viktig statlig uppgift. Som exempel kan nämnas det förslag till skärpning och samordning av viktiga lagar inom miljöområdet som regeringen lagt fram i lagrådsremissen om miljöbalk. Till detta hör tillsyn över att folkhälsoarbetet bedrivs enligt statsmakternas intentioner och att likvärdiga förutsättningar för hälsa skapas för alla, oavsett var i landet man bor och arbetar och oberoende av kön och annan gruppstillhörighet. Det är också naturligt att staten i första hand tar på sig uppgiften att svara för internationella kontakter och erfarenhetsutbyte.

6.1.1 Folkhälsoinstitutet

Genom att inrätta ett särskilt Folkhälsoinstitut den 1 juli 1992 markerade staten för det första betydelsen av att det praktiska och åtgärdsinriktade folkhälsoarbetet skall ha en egen plattform för att öka möjligheterna till sektorsövergripande samarbete. För det andra skildes samtidigt utvecklingsarbetet och genomförandet av folkhälsoarbetet från tillsyn och lagtillämpning för att undvika en sammanblandning och möjlig konflikt mellan dessa olika roller. För det tredje markerade staten hur betydelsefull man ansåg det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet vara och hur allvarligt man såg på skillnaderna i hälsoutvecklingen för olika befolkningsgrupper. Betydande resurser (106 miljoner kronor exklusive särskilda medel för insatser mot aids) tillfördes Folkhälsoinstitutet, som sedan ökats med 20 miljoner årligen under de två följande åren enligt de ursprungliga intentionerna.

Folkhälsoinstitutet viktigaste uppgifter är sammanfattningsvis:

- att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande med tyngdpunkt på att främja en god hälsa för alla och skapa likvärdiga förutsättningar för god hälsa och särskilt inrikta sig på de grupper som behöver insatserna mest,
- att aktivt stödja det lokala och regionala folkhälsoarbetet och främja samarbete på nationell nivå, så att verksamheten utformas i nära kontakt med berörda organisationer,
- att ge verksamheten en vetenskaplig förankring och utveckla metoder för folkhälsoarbetet, i vilket också ingår att utarbeta modeller för hälsokonsekvensbeskrivningar och att omsätta forskningsresultat i praktisk verksamhet och
- att sammanställa och sprida kunskaper och erfarenheter.

Folkhälsoinstitutets verksamhet är samlad i sex program med inriktning mot riskfaktorer eller utbredda och allvarliga folksjukdomar. Därtill finns två tvärgående program som omfattar kvinnors hälsa samt barns och ungdomars hälsa. Genom avtal har Folkhälsoinstitutet samarbete med forskningsinstitutioner vid universitet och enheter inom landsting och kommuner med utvecklingsuppdrag inom folkhälsoområdet av nationellt intresse. Institutet har snabbt byggt upp sin verksamhet och skapat viktiga kontakter med andra samhällssektorer. De samarbetscentra som har etablerats kan på längre sikt förväntas både ge en jämnare spridning över landet av kompetens på folkhälsoområdet och bidra till ökad kvalitet.

6.1.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har efter överföringen av det åtgärdsinriktade folkhälsoarbetet till Folkhälsoinstitutet en tydligare markerad tillsynsroll över huvudmännens folkhälsoarbete. Vid Socialstyrelsen finns också Epidemiologiskt Centrum (EpC) med ansvar för folkhälsorapporteringen och drift av befolkningsbaserade sjukdoms- och dödsorsaksregister. EpC har byggt upp ett kontaktnät med forskarsamhället som stimulerar till an-

vändning av centralt insamlad information vilket på sikt kan förväntas bidra till ökade kunskaper om orsakssamband mellan olika faktorer och utbredda och allvarliga sjukdomar eller symptom.

Socialstyrelsen har till uppgift att utveckla och genomföra återkommande och kontinuerlig uppföljning och utvärdering av folkhälsoarbetet på den regionala och lokala nivån utifrån Socialstyrelsens ansvarsområde. Detta innefattar bl.a. att följa upp utvecklingen av landstingens folkhälsoarbete, de samhällsmedicinska- och miljömedicinska enheternas/funktionernas verksamhet, smittskyddet samt hälsoskyddet i kommunerna m.m. Socialstyrelsen skall vidare följa folkhälsoarbetets villkor i de nya ekonomiska styrsystemen som införs hos huvudmännen.

Detta sker för närvarande huvudsakligen dels inom ramen för Socialstyrelsens program "Aktiv uppföljning" – en länsvis uppföljning av hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd, samhälls- och miljömedicinsk verksamhet m.m., dels genom ett antal utvecklingsprojekt som inriktats på kvalitetsuppföljning av folkhälsoarbete och olika folkhälsostrategier. Hittills har elva sjukvårdshuvudmän granskats. Styrelsen har också ansvar för lagreglerad tillsyn över hälsoskyddslagstiftningen, smittskyddslagstiftningen samt vissa alkohol- och tobaksfrågor.

Några principiellt viktiga erfarenheter från Socialstyrelsens uppföljning av landstingens folkhälsoarbete redovisas under avsnitt 6.2.

Regeringens uppfattning är att rollfördelningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet har renodlat uppgifterna på folkhälsoområdet, även om gråzoner inte helt kan undvikas. Genom ett nära samarbete kan dock eventuella oklarheter praktiskt lösas.

Tillsynen inom ramen för "Aktiv uppföljning" har givit viktiga erfarenheter som sammanställts i en rapport som i april överlämnats till regeringen.

Senare i år kommer två fördjupningsrapporter om hälsoproblem i samband med arbetslöshet respektive invandrare. Nästa år planeras en rapport om kvinnors respektive mäns hälsa.

Regeringen anser att arbetet med att redovisa utvecklingen i form av folkhälso rapporter vart tredje år bör fortsätta och att de slutsatser som dras i Folkhälso rapporten 1994 bör analyseras i nära samråd med Folkhälsoinstitutet för att ge underlag till institutets prioriteringar.

Regeringen anser vidare att det är en strategisk fråga för den fortsatta utvecklingen att Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet särskilt uppmärksammar vad som sker med folkhälsoarbetet ur organisatoriska, ekonomiska och kompetensmässiga aspekter i samband med nya styrsystemen. Vi återkommer till denna fråga i kapitel 7.3 och 7.4.

Det är också angeläget att informationen om folkhälsoarbetet i landet kan sammanställas och systematiseras med avseende på de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som är avsedda att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper.

6.1.3 Andra myndigheter och institutioner på den nationella nivån

Genom reformarbetet inom den offentliga sektorn befinner sig utvecklingen i ett dynamisk skede. Den tidigare verksamma Folkhälsogruppen bestod av företrädare för en rad centrala myndigheter, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, som alla bedriver verksamhet av betydelse för folkhälsa och direkt folkhälsoarbete. Folkhälsoinstitutet har efter sin tillkomst ansvar för att "på nationell nivå främja samarbete mellan olika organ för att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan". Institutet har därför tagit initiativ till en grupp med generaldirektörer samt ledningarna för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. I gruppen finns också Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Boverket, Brottsförebyggande rådet, Institutet för handikappfrågor i skolan, Invandrarverket, Kemikalieinspektionen, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Naturvårdsverket, Riksförsäkringsverket, Rikspolisstyrelsen, Skolverket, Socialstyrelsen Statens Strålskyddsinstitut, Statens ungdomsråd, och Vägverket företrädare.

Gränsdragningen i folkhälsoarbetet kan till följd av sin sektorsövergripande karaktär aldrig bli helt entydig. Regeringen anser att de strukturer och arbetsformer som skapats för samverkan mellan myndigheter och intresseorganisationer är en förutsättning för ett effektivt folkhälsoarbete. Det finns också ett behov av att berörda myndigheter tydliggör sina roller och åtaganden i folkhälsoarbetet.

6.2 Landstingen

Landstingens verksamhet utgör navet för det praktiska folkhälsoarbetet och är dessutom en viktig förutsättning för att sprida och utveckla det förebyggande hälsoarbetet inom andra sektorer. Landstingen har genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ett övergripande ansvar för befolkningens hälsa. Förutom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är utgångspunkten för landstingens förebyggande insatser bl.a. de utvecklingslinjer som formulerades i lagens förarbeten samt olika principprogram för vissa folkhälsoproblem, t.ex. cancer, olycksfallsskador, sjukdomar i rörelseorganen och hjärt- kärlsjukdomar.

Genom regelbundna undersökningar av hälsoutvecklingen har landstingen utvecklat kompetens samt skapat sig goda kunskaper om ohälsans orsaker och omfattning. Enligt Socialstyrelsen saknas dock mer kontinuerlig och systematisk epidemiologisk bevakning inom flera landsting.

I Landstingsförbundets rapport *Framtidens primärvård*, publicerad år 1993, sammanfattas landstingens roll i folkhälsoarbetet. Av rapporten framgår att landstingen bör ha ett särskilt ansvar för att kartlägga och identifiera hälsorisker, förmedla kunskap till olika grupper, initiera och genomföra förebyggande åtgärder, delta i samhällsplaneringen samt dokumentera och utvärdera folkhälsoinsatser.

Flertalet av landstingen har någon form av samhällsmedicinsk organisation som huvudsakligen har till uppgift att bedriva mer renodlad kart-

lägnings-, analyserande, kunskapspridande samt initierande verksamhet. Benämningarna på de samhällsmedicinska enheterna varierar dock mellan landstingen, t.ex. folkhälsoavdelning eller-enhet. Skillnaderna är också stora vad avser både verksamhetens organisation och inriktning. De samhällsmedicinska enheterna bedriver i dag i mindre utsträckning än tidigare traditionell hälsouppllysning eller större länsövergripande interventionsprojekt riktade mot större folksjukdomar. Flera samhällsmedicinska enheter bedriver forskning.

Organisationen av de samhällsmedicinska enheterna är föremål för översyn hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Den organisatoriska utvecklingen tycks gå i två riktningar. Antingen bildas fristående enheter med viss fokusering på forskning och utveckling eller integreras ansvaret för folkhälsoarbetet i centralt placerade enheter. Göteborgs stad har t.ex. från årsskiftet 1993/94 inrättat ett folkhälsosekretariat med personal från den tidigare samhällsmedicinska enheten, miljö- och hälso-skyddet samt friskvårdsprojektet. Syftet är att utveckla och samordna hälsoarbetet. En allmän iakttagelse för hela landet är att de samhällsmedicinska enheterna och deras föregångare genomgått ett flertal organisationsförändringar sedan mitten av 1980-talet.

Uppgifter från Landstingsförbundet visar att de samhällsmedicinska verksamheterna hittills i huvudsak har varit anslagsfinansierade. De externa finansörerna finns i första hand bland universitet och högskolor samt andra statliga myndigheter, internationella organ, kommuner, Arbetslivsfonden och i undantagsfall vissa frivilliga organisationer. Resursmässigt har situationen varit oförändrad för tio samhällsmedicinska enheter, sex enheter har fått ökade resurser och lika många enheter har fått se sina resurser minska mellan åren 1992 och 1993. De samhällsmedicinska enheterna har dock stora ambitioner att på olika sätt utveckla sin verksamhet.

Uppgifter från Landstingsförbundet visar också på ett allmänt ökat intresse för folkhälsofrågorna hos samverkansnämnderna. I den norra sjukvårdsregionen har man utarbetat Folkhälsorapport Norrland, utvecklat och startat folkhälsovetenskaplig utbildning knuten till universitetet i Umeå samt enats om riktlinjer för forskning och utveckling. Den västsvenska sjukvårdsregionen arrangerar årligen ett samhällsmedicinskt forum. Dessutom finns olika samverkansgrupper för bl.a. tobak, allergier och olycksfall.

Inom ramen för sitt tillsynsansvar genomför Socialstyrelsen bl.a. uppföljningar och utvärderingar av folkhälsoarbetet inom landstingen. Socialstyrelsen har konstaterat att flera landsting saknar politiskt fastlagda målsättningar och strategier för sitt förebyggande hälsoarbete. Avsaknaden av målsättningar leder till att uppföljnings- och utvärderingsarbetet försvåras. Dessutom innebär avsaknaden av målsättningar också sämre förutsättningar för att prioritera mellan att olika insatsområden. Man konstaterar också att på flera håll i landet saknas primärpreventiva insatser helt för vissa folksjukdomar, riskfaktorer eller riskgrupper. Ett skäl till detta kan vara avsaknaden av övergripande målsättningar, handlingsplaner och strategier för det förebyggande arbetet.

Som en följd av alltmer decentraliserade organisations- och beslutsstrukturer samt ökad insikt om den lokala nivåns betydelse, har en stor del av folkhälsoarbetet förskjutits, både vad gäller ansvar och initiativ till förebyggande insatser, till de lokala nivåerna. Socialstyrelsen framhåller dock att man även i framtiden ser ett behov av en samlad länsövergripande samhällsmedicinsk resurs med bred kompetens på områden såsom social-, allmän-, miljö- och yrkesmedicin, epidemiologi, statistik, hälsoekonomi, hälsoplanering och beteendevetenskap. Styrelsen menar också att landstingens befolkningsansvar, deras kunskapsförmedlande roll och initierande verksamhet även framgent förutsätter folkhälsokompetens och resurser på lokal nivå.

De ekonomiska förutsättningarna för landstingens hälso- och sjukvård har under de senaste åren förändrats. Produktions- och effektivitetsfrågor har blivit allt mer uppmärksammade. Detta har bl.a. fört med sig att flertalet landsting har infört eller avser att införa nya organisationsformer och ekonomiska styrsystem. S.k. "beställare - utförarmodeller" har, i skilda former, införts bl.a. i Bohuslandstinget, Stockholms läns landsting, landstinget i Dalarna och Södermanlands läns landsting. Det har visat sig att de nya modellerna för organisation och ekonomisk styrning har effekter även på folkhälsoarbetet.

Det tycks som om visst hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete utan svårigheter kunnat integreras i prestationsersättningsystemen. T.ex. kan konsultationer inom en mottagning för rökavvänjning och hälsokontroller på en vårdcentral ersättas per prestation. Däremot är befolkningsinriktade insatser svårare att uppdelas i avgränsbara prestationer, vilket innebär att mer anslagslika ersättningsformer fortfarande används för detta.

Erfarenheterna av de nya organisationsformernas och ekonomisystemens konsekvenser för folkhälsoarbetet är dock begränsade varför man ännu inte bör dra några generella slutsatser.

Socialstyrelsen hävdar att förebyggande hälsoarbete inte skall värderas efter sin förmåga att reducera framtida kostnader utan i första hand värderas utifrån sin förmåga att åstadkomma bättre hälsa och välbefinnande. Förebyggande arbete kräver långsiktiga och uthålliga insatser för att nå resultat. För att inte folkhälsoarbetet skall diskrimineras i de nya ekonomiska styrsystemen anser Socialstyrelsen att folkhälsoarbetet i huvudsak skall finansieras med anslag eller anslagsliknande konstruktioner samt att besluten om resurser till folkhälsoarbetet bör fattas på hög politisk nivå och vara långsiktigt.

6.3 Kommunerna

Kommunala verksamheter spelar en viktig roll för hälsan. Det är i kommunen eller kommundelen som de flesta människor har sin fasta förankring. Kommunala verksamheter som barnomsorg, äldreomsorg, skola, miljö- och hälsoskyddsarbete, kultur- och fritidsverksamhet, socialtjänst, trafik och säkerhet, underhåll av bostadsområden och övergripande samhällsplanering skapar i viktiga avseenden villkoren för folkhälsan.

Detta beskrivs i allmänhet inte som folkhälsoarbete, eftersom det primära syftet med t. ex. skolan är att bedriva undervisning för att ge eleverna de kunskaper och färdigheter som behövs i vuxenlivet. Samtidigt är just skola och barnomsorg för att ta två exempel viktiga "arenor" för folkhälsoarbetet, där hälsofrämjande och förebyggande arbete kan bedrivas i nära anslutning till verksamheten och som en naturlig del i personalens arbetsuppgifter. I socialtjänstens uppgifter ligger uttryckligen att förebygga alkohol- och drogmissbruk, som är centrala folkhälsoproblem.

På central kommunal nivå uppmärksammade Svenska kommunförbundet i sin perspektivplan år 1989 folkhälsofrågorna som en av de prioriterade uppgifterna inför 1990-talet. Det poängterades att hälsoarbetet kommer att definieras på olika plan för att "vara ett markerat område i förbundets arbete".

Det är naturligt att det kommunala folkhälsoarbetet, vid sidan av att förebygga alkohol- och drogmissbruk, framför allt inriktas på att skapa förutsättningar för att bevara, stärka och utveckla människors hälsa, dvs. skapa stödjande miljöer för hälsa.

WHO har genom sitt europakontor tagit initiativet till Healthy City-projektet, som sedan starten år 1986 vuxit till att omfatta ett 50-tal officiella projektstäder och ytterligare cirka 300 städer som är samman slutna i nationella nätverk. Från svensk sida är Göteborg enda svenska deltagande stad i den nu påbörjade andra fasen av projektet.

Flera kommuner bl.a. Kramfors, Sundsvall, Hässleholm, Falkenberg, Helsingborg, Burlöv m.fl. har redan tagit fram folkhälsoprogram eller liknande dokument för att profilera och utveckla sitt lokala folkhälsoarbete.

Folkhälsoinstitutet har i sitt samarbetsavtal med Folkhälsa Sundsvall koncentrerat insatserna till medelstora städer med invånarantal i storleksordningen 50-100 000, bl.a. med motivet att det ställs särskilda krav på metodutveckling som är anpassad till de strukturer som finns i kommuner av den storleksordningen.

Andra initiativ med inriktning på lokalt folkhälsoarbete är det för EU, Europarådet och WHO:s europakontor gemensamma projektet "Hälsosamma skolor" med elva deltagande svenska projektskolor och ytterligare närmare ett 100-tal skolor runt om i Sverige som arbetar vidare med grundtankarna i projektet på egna premisser.

Redan år 1990 lanserades på svenskt initiativ idén om "Säker och trygg kommun" som förs vidare globalt i WHO:s regi. Falköping, Lidköping och Motala är de svenska kommuner som svarat upp mot de globala kriterier som gäller. Nyligen har Folkhälsoinstitutet inom området hälsa och beroende tagit initiativ till att i en första fas samla ett tiotal "Kommuner mot droger".

Några gemensamma drag i utvecklingen av det lokala folkhälsoarbetet är att det i flera fall finns internationella förebilder eller andra kopplingar, att initiativ tas av myndigheter och organisationer i samverkan på nationell nivå och att det finns ett starkt intresse lokalt för att engagera sig i olika former av folkhälsoarbete. Det ligger i sakens natur att orga-

nisationsformerna blir mer eller mindre formella och att verksamheter överlappar varandra osv.

I den globala *Agenda 21*, som Sverige ställt sig bakom vid miljökonferensen i Rio de Janeiro år 1992, ägnas kapitel 6 åt hälsofrågornas koppling till miljöarbete. Ett 100-tal kommuner i Sverige arbetar med att ta fram sin lokala Agenda 21 för en hållbar utveckling inom den egna kommungränsen.

Socialtjänstkommittén tar upp socialtjänstens medverkan i folkhälsoarbetet. Detta sker dels i perspektivet av nya samarbetsformer mellan landstingen och kommunerna, dels utifrån socialtjänstens framtida roll och arbetssätt i det strukturerade arbetet. Socialtjänstens insatser inom folkhälsoarbetet är kopplat till lokal självorganisering och samhällsarbete.

Det finns många beröringspunkter mellan miljösektorn och socialtjänsten. Mot bakgrund av den nu pågående utvecklingen inom dessa sektorer finns det särskilda skäl att på nationell, regional och lokal nivå tillvarata möjligheterna till ett tvärsektoriellt folkhälsoarbete.

6.4 Tvärsektoriellt samarbete

Sedan mitten av 1980-talet har det utvecklats lokala folkhälsoråd som samarbetsorgan mellan landsting och kommuner m.fl. Det är dock stora skillnader beträffande rådets organisation, inriktning och uppgifter. Någon samlad översyn av de lokala hälsoråden har inte gjorts, men antalet har ökat stadigt. Ett syfte med de lokala hälsoråden har varit att skapa bättre förutsättningar för tvärsektoriell samverkan.

De nationella nätverken inom det av WHO initierade Healthy City-projektet har varit en inspirationskälla till det svenska nätverk för lokalt hälsoarbete som bildades i februari 1994. F.n. har nätverket ett 35-tal medlemmar, huvudsakligen kommuner och landsting, som ställt sig bakom följande kriterier:

- Folkhälsoarbetet skall vara politiskt förankrat
- Det skall vara tvärsektoriellt.
- Det skall dokumenteras och följas upp.
- Insatserna skall vara långsiktiga.
- Medlemmarna skall aktivt bidra till nätverkets arbete.

Nätverket är en egen organisation och Svenska kommunförbundet, som tagit på sig kanslifunktionen för nätverket, bildar tillsammans med Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet en nationell stödgrupp. Samverkan är en princip i folkhälsoarbetet och en fortsatt och utvecklad samverkan genom nätverk mellan myndigheter och intresseorganisationer på nationell nivå kan förväntas bidra till både ökad omfattning, kvalitet och effektivitet i folkhälsoarbetet.

6.5 Andra aktörer

Folk rörelser, frivilliga organisationer och företag har genom sin verksamhet en nära kontakt med människor och kan därmed bidra till fol-

hälsoutvecklingen i minst lika betydande omfattning i framtiden som i ett historiskt perspektiv.

Företagshälsovården genomgår, bl.a. till följd av omstruktureringarna på arbetsmarknaden, förändringar inom hälso- och sjukvården och att statsbidragen slopats en förändring. I kombination med omläggningen av socialförsäkringssystemet, som lägger ett större ansvar på arbetsgivaren för de anställdas hälsa och ersättning vid den första periodens sjukfrånvaro, talar mycket för en inriktning mot ökade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

LO:s folkhälsoprojekt som pågick under åren 1987-1992 visade att det var möjligt att utveckla särskilda metoder för fackligt folkhälsoarbete. Verksamhet och projekt bedrevs i nästan alla LO:s 17 distrikt. För de ekonomiska resurserna till projekten svarade i hög grad landstingen, medan LO genom distriktsorganisationer, sektioner, förbund och fackklubbar avsatte betydande personella resurser. Det är angeläget att ta tillvara de erfarenheter från projektet som ställts samman för vidare insatser.

7 Åtgärder

Trots att den allmänna trenden i hälsoutvecklingen är positiv finns det kvarvarande hälsoproblem. Dessa hälsoproblem kan i princip förebyggas. En varningssignal är att utvecklingen för vissa grupper är ogynnsam.

Sammantaget ger detta att folkhälsoområdet måste ges en hög prioritet även i fortsättningen. Folkhälsoarbetet både i Sverige och utomlands har under senare år genomgått en snabb förändring och denna process fortsätter. Samtidigt pågår en omdaning av det svenska samhället inte minst vad gäller den offentliga verksamhetens finansiering och styrning. Folkhälsoområdet måste därvid ges möjligheter att fortsätta sin förnyelseprocess i samklang med de nya betingelserna. Speciellt viktigt är det att effektivisera den påverkan som sker genom normbildning, kunskapsutveckling och ekonomiska incitament.

7.1 Vidtagna och planerade åtgärder.

Staten har under det senaste decenniet utvecklat en långsiktig strategi för att förbättra folkhälsoområdets kunskapsförsörjning. Denna har uttryckts i bl.a. Folkhälsogruppens skrifter och på olika sätt integrerats i de forskningspolitiska propositionerna från 1986/87 och framåt.

Ett första steg var att tydliggöra att flera av för samhällsintresset särskilt viktiga discipliner ryms under beteckningen folkhälsovetenskap. Med detta begrepp menas det tvärvetenskapliga forskningsfält där man studerar arbetslivets, levnadsvanornas, miljöns, samhällsstrukturens och vårdsystemets betydelse för befolkningens hälsa samt hälso- och sjukvårdens effektivitet. Studier av hälsopolitikens utveckling och effekter hör även till området. Som särskilt viktiga discipliner räknas miljö-, preven-

tiv-, social- och yrkesmedicin, epidemiologi, toxikologi, medicin, sociologi, hälso- och sjukvårdsforskning samt hälsoekonomi.

I korthet har strategin för att långsiktigt stärka folkhälsovetenskapen inneburit ökade resurser till forskningsprojekt, fleråriga särskilda programstöd till lovande forskargrupper på området, inrättandet av doktorand- och forskartjänster samt stipendier (t.ex. i epidemiologi) till nydisputerade forskare för att möjliggöra en längre tids vistelse vid någon utländsk institution. Socialvetenskapliga forskningsrådet har nyligen beslutat att finansiera en tjänst som professor i medicinsk sociologi vid Stockholms universitet och en tjänst som forskare i samma ämne vid Umeå universitet samt inrätta flera doktorandtjänster inom folkhälsoområdet.

Med tanke på områdets multidisciplinära karaktär är det naturligt med flera olika finansärer. Till dessa hör Socialvetenskapliga forskningsrådet, Medicinska forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, Arbetsmiljöfonden, Cancerfonden och landstingen. Samtidigt är det viktigt att styrsystemen fungerar så att tillgängliga resurser går till de forskningsprojekt som är samhällsrelevanta och har god vetenskaplig kvalitet. Ett syfte med ombildningen av Delegationen för social forskning till Socialvetenskapliga forskningsrådet år 1990 var att ge folkhälsovetenskapen ett instrument för att utveckla och hävda inomvetenskapliga kvalitetskriterier inom forskningsfältets kärnområde.

På myndighetssidan har vissa förändringar genomförts. Vid Socialstyrelsen tillkom år 1992 Epidemiologiskt centrum (EpC) som en ny sektion i folkhälsoenheten, och utvecklades i slutet av år 1993 till en egen enhet. Detta har bidragit till att viktiga nationella register fått ökad tillgänglighet och kvalitet samtidigt som en bas skapats för fortsatt folkhälsorapportering, ökad service till landsting, kommuner och andra organisationer samt en samverkan med svensk registerbaserad epidemiologisk forskning. Socialstyrelsen har under senare år också förstärkt resurserna och kompetensen inom områdena hälsoskydd, smittskydd samt samhälls- och miljömedicin. Detta innebär att den centrala tillsynen inom dessa basala områden i dag bedrivs med ökad kraft och kontinuitet.

Bl.a. med anledning av att frågan om hälsoeffekter och hälsorisker med elektriska och magnetiska fält under den senaste tiden har uppmärksamrats på olika sätt, har styrelsen tillsatt en arbetsgrupp som skall utvärdera dagens befintliga kunskap om elöverkänslighet, cancer och reproduktionsstörningar. Gruppen skall belysa om det finns underlag för misstanken om samband mellan elektriska och magnetiska fält och ohälsa samt om möjligt kvantifiera riskens storlek. Den första etappen av gruppens arbete beräknas vara färdig i slutet av 1994.

Folkhälsoinstitutet inrättades år 1992. Myndigheten ska framför allt initiera och stimulera lokalt förebyggande arbete och i samband därmed tillse att moderna, vetenskapligt baserade metoder kommer till användning.

Institutet ska stödja forskning och utveckling. Genom särskilda samarbetsavtal, med bl.a. universiteten i Lund och Umeå, ges stöd till långsiktig kunskapsuppbyggnad inom särskilt prioriterade områden.

Institutets anslag förstärktes inför budgetåret 1993/94 med 20 miljoner kronor och omfattar nu ca 136 miljoner kronor (exklusive särskilda medel för insatser mot aids om 161 miljoner kronor som också förvaltas av Folkhälsoinstitutet). Regeringen har i budgetpropositionen (prop.1993/94:100) föreslagit ytterligare förstärkning om 20 miljoner kronor. Institutet kommer under budgetåret 1994/95 att inom ramen för sina tilldelade resurser avsätta 10 miljoner kronor för särskilda insatser avseende kvinnors hälsa.

I enlighet med regeringens förslag i forskningspropositionen (prop. 1992/93:170) har en enhet för invandarmiljö och hälsa inrättats vid Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM). Enheten har i första hand till syfte att genom åtgärdsinriktad forskning belysa vad som gynnar, resp. motverkar en framgångsrik anpassning till invandrarnas nya livsmiljö och sprida dessa kunskaper så att de får praktisk tillämpning. I årets budgetproposition (prop. 1993/94:100) föreslogs en ytterligare förstärkning av IPM:s anslag med 500 000 kronor. Syftet med förstärkningen av anslaget är att IPM skall inrätta en enhet för suicidologi och genom ett avtal med Stockholms läns landsting knyta dess Centrum för suicidforskning närmare IPM:s verksamhet. IPM kommer under juni tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Arbetsmiljöfonden att arrangera en konferens rörande arbetslöshet och hälsa.

På uppdrag av regeringen har Statens naturvårdsverk (SNV) byggt upp ett nationellt samordnat program för miljöövervakning. Ett av delprogrammen är "hälsa samt urban miljö" och syftar till att övervaka kända hälsoriskfaktorer i den yttre miljön.

Den 1 juli 1993 trädde, efter förslag från regeringen och beslut av riksdagen en ny tobakslag i kraft. Tobakslagen (1993:581) innehåller regler om vissa miljöer där rökning inte skall få äga rum. Bland de miljöer som behandlas finns lokaler för hälso- och sjukvård, skolor och barndaghem och färdmedel för inrikes kollektivtrafik. I november 1993 föreslog regeringen vissa ändringar i tobakslagen (prop. 1993:94:98) som riksdagen antog i mars 1994. De föreslagna ändringarna, som skall träda i kraft den 1 juli 1994, innebär i huvudsak att rökning förbjuds på utomhusområden i anslutning till skolor och barnomsorg. Även rökning i lokaler där allmänna sammankomster och offentliga tillställningar anordnas samt i andra lokaler dit allmänheten har tillträde blir förbjuden. Lagen innefattar också en bestämmelse som innebär att arbetsgivaren blir skyldig att se till att arbetstagaren inte mot sin vilja drabbas av tobaksrök på arbetsplatsen.

I propositionen (prop. 1993/94:25) om inriktningen av den ekonomiska politiken föreslog regeringen bl.a. att skattesatsen för den allmänna tobaksskatten omräknas årligen utan riksdagens medverkan med hänsyn till den allmänna prisutvecklingen. Förslaget innebar bl.a. att tobaksskattesatsen höjdes med fyra procent fr.o.m. den 1 januari 1994.

Redan existerande krav i de flesta nuvarande miljölagar sammanförs och utvecklas i regeringens förslag till lagrådsremiss om miljöbalk. Hälsoskyddslagstiftningen sammanförs med bl.a. miljöskyddslagen, naturvårdslagen, naturresurslagen och lag om kemiska produkter. Grundläggande aktsamhetsregler i bl.a. den nuvarande hälsoskyddslagstiftningen som avser främst hälsoskydd i lokaler och bostäder överförs till miljöbalken. Närmare bestämmelser om hälsoskyddet tas in i föreskrifter som beslutas av regeringen eller tillsynsmyndigheter. Vidare föreslås att föreskrifter om kvaliteten på mark, vatten, luft eller naturen i övrigt (miljökvalitetsnormerna) skall meddelas om det behövs för att varaktigt skydda människors hälsa eller miljön. Miljökvalitetsnormerna är bindande för myndigheter och kommuner vid prövning av tillståndsärenden, tillsyn och när föreskrifter meddelas.

Vad gäller miljökonsekvensbeskrivningar konstaterar regeringen i lagrådsremissen att ett underlag för bedömningen av olika alternativ i form av en miljökonsekvensbeskrivning är en förutsättning för en god planering och ett bra beslutsfattande varför miljökonsekvensbeskrivningar bör upprättas vid beslut av övergripande karaktär. Miljökonsekvensbeskrivningar skall alltid göras för anläggningar som kräver tillstånd enligt miljöbalken. Regeringen får besluta att dessa skall upprättas också i andra fall.

Regeringen har nyligen också föreslagit en samlad handlingsplan mot buller (prop. 1993/94:215). Denna syftar till att kraftigt begränsa bullerstörningarna i samhället så att ljudnivåerna sänks och färre människor utsätts för buller. I propositionen behandlas buller i arbetsmiljön, boendemiljön och fritidsmiljön.

Bl.a. med anledning av den snabba utbredningen av allergisjukdomar och annan överkänslighet framförallt hos barn och ungdomar, har regeringen beslutat att 580 miljoner kronor av de medel som har anslagits till reparationer och ombyggnader (s.k. ROT-medel) skall användas till bl.a. allergisanering och ventilationsförbättrande åtgärder i skolor och daghem. Genom ROT-bidraget kan kommunerna få 30 procent av kostnaderna täckta. Utöver detta tillkommer ROT-medel som anvisats för allergisanering och ventilationsförbättringar i bostäder, som uppgår till 330 miljoner kronor. Mot den bakgrunden avser regeringen att ge Folkhälsoinstitutet i uppdrag att på lämpligt sätt sprida den kunskap som finns inom bl.a. dess allergiprogram.

Regeringen har också föreslagit (prop. 1993/94:177) att 6,85 procent ur återstoden av Fond 92 - 94 avsätts till en värdforskningsstiftelse. Avkastningen ur denna stiftelse bör enligt regeringen användas till forskning och forskarutbildning på vårdområdet samt forskning om allergier och annan överkänslighet.

En omprövning har skett av arbetsmarknadspolitiken i syfte att stimulera ett aktivt sökande och att stärka kompetensen genom utbildning och praktik.

Viktiga exempel på nya åtgärder är ungdomspraktik och arbetslivsutveckling. Dessa åtgärder innebär att fler arbetslösa deltar i aktiva åtgärder och passivisering motverkas därmed. Fler ungdomar får arbets-

livserfarenhet och äldre arbetslösa behåller kontakten med ett aktivt arbetsliv. Även regionalpolitiska åtgärder har vidtagits i syfte att skapa fler riktiga jobb.

Övergången till reguljära arbeten underlättas även av rekryteringsstöd samt, som en tillfällig åtgärd, ett generellt anställningsstöd (GAS) som främst syftar till att minska det omfattande övertidsuttaget och tidigare-lägga anställningar i nuvarande konjunkturfas. Dessa och andra åtgärder minskar företagens anställningskostnader och bidrar till att öka arbetsmarknadens flexibilitet.

Arbetsrätten har reformerats för att frigöra de mindre företagens växtkraft och öka arbetsmarknadens anpassningsförmåga bl.a. genom ökade möjligheter till tidsbegränsad anställning. I samma syfte har det offentliga monopolet på arbetsförmedling avskaffats.

För att underlätta omstruktureringen av svensk ekonomi och ökad rörlighet har insatser för att höja arbetskraftens kompetens betonats. Förutom satsningar som skapat fler platser inom gymnasieskolan, vid universitet och högskolor, i folkhögskolor, arbetsmarknadsutbildningar och inom komvux har regeringen introducerat nya utbildningsformer såsom utbildningscheck, traineeutbildning och sommaruniveristet.

Därmed bereds en betydande del av de arbetslösa utbildning som stärker deras ställning på en arbetsmarknad där förändringarna i arbetslivet medför allt större krav på kompetens. Ett annat inslag är att förmedlingsinsatser, utbildning och andra aktiva åtgärder i ännu högre grad inriktas på personer med en svag ställning på arbetsmarknaden.

Nuvarande svensk alkoholpolitik bygger på en balans mellan höga skatter, restriktioner, information/opinionsbildning och behandlingsinsatser. Regeringens bedömning är att prisinstrumentet kommer att försvagas som alkoholpolitiskt medel. En tyngdpunktsförskjutning av insatserna måste därför ske, där information, opinionsbildning och andra alkoholförebyggande insatser får en ökad betydelse i syfte att försöka få till stånd andra dryckesvanor hos den svenska befolkningen. Regeringen har mot denna bakgrund föreslagit i kompletteringspropositionen (prop. 1993/94:150) att 75 miljoner kronor ytterligare skall anvisas för olika alkohol- och drogpolitiska åtgärder under budgetåret 1994/95. I propositionen föreslås bl.a. att en nationell ledningsgrupp för det alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet bör bildas under ledning av Folkhälsoinstitutet. Ledningsgruppen föreslås få till uppgift att utarbeta en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. I den av regeringen föreslagna rattfyllereformen (prop 1993/94:44) som trädde i kraft den 1 februari 1994 framlades en rad förslag till kraftfulla åtgärder för att öka trafiksäkerheten. De föreslagna åtgärderna syftar till att antalet trafiknykterhetsbrott liksom antalet trafikolyckor orsakade av alkoholpåverkade bilförare skall minska. Reformen innebär i princip att alla som tas in i kriminalvårdsanstalt och som har ett trafiknykterhetsbrott i den aktuella domen bör genomgå ett alkoholavvänjande behandlingsprogram under verkställigheten. Den tid som den dömda vistas i anstalt skall i största möjliga utsträckning användas för behandling, information om

alkohol och droger eller andra åtgärder för att bekämpa alkoholmissbruk och därmed fortsatt rattfylleribrottslighet.

I syfte att förbättra rehabiliteringen av tortyrskadade flyktingar föreslår regeringen i propositionen om psykiskt stördas villkor (prop. 1993/94:218) att 50 miljoner kronor skall anvisas ändamålet. En särskild arbetsgrupp inom Socialdepartementet skall tillsättas för att närmare överväga hur dessa medel skall användas och fördelas.

Vidare avser regeringen att genom miljö- och hälsovårdsministrarna underteckna WHO-Europas handlingsplan för miljö och hälsa i Helsingfors i juni 1994. Handlingsplanen har tagits fram av WHO i samverkan med EU och WHO-Europas medlemsländer och syftar till att samordna och effektivisera det internationella arbetet i Europa med "gränsöverskridande" riskfaktorer m.m. samt ligga till grund för åtgärder i de enskilda länderna. Handlingsplanen avses att undertecknas av WHO-europaregionens medlemsländer och skall ses som en vidareutveckling av vissa av de mål och principer som återfinns i *Hälsa för alla år 2000, Europeiska stadgan för miljö och hälsa* samt *Agenda 21*.

Socialstyrelsen kommer inom kort att redovisa en fördjupad analys av orsakerna till hälsoutvecklingen hos kvinnor i industri, vård- och serviceyrken, i ett arbete som bedrivs tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Arbetskyddsstyrelsen. Socialstyrelsen kommer i samband därmed också att redovisa områden för insatser där myndigheternas egna resurser och kompetens inte är tillräckliga för att vända den stagnerande och i vissa avseenden negativa utvecklingen. Så snart dessa analyser föreligger avser regeringen att ta ställning till om det föreligger behov av mera omfattande insatser som kan behöva regeringens och riksdagens ställningstagande.

Utöver dessa och liknande insatser avser regeringen att det inom vissa områden krävs ytterligare särskilda insatser. För det första bör det utarbetas tydliga mål för hälsoutvecklingen som både kan vägleda arbetet på folkhälsoområdet och påverka övriga samhällssektorer beslutsfattande. För det andra anser regeringen att det är nödvändigt att informationsförsörjningen stärks så att olika aktörer kan göra såväl adekvata problembeskrivningar som nödvändiga uppföljningar och utvärderingar.

Eftersom nya organisations- och styrformer är under utveckling inom landstingen, där folkhälsoinsatsernas kärnverksamhet finns, krävs för det tredje att förändringarna också utvärderas med avseende på effekter på folkhälsoarbetets omfattning, inriktning och kvalitet.

7.2 Utveckling av hälsomål

Regeringens bedömning: Regeringen avser att tillsätta en kommitté i syfte att utarbeta underlag för nationella hälsomål.

Skälen för regeringens bedömning: Bakgrunden till behovet av hälsomål i Sverige är dels att målstyrning blivit ett allt viktigare instrument för samhället att påverka olika verksamheters inriktning och effektivitet, dels att det finns en stark internationell men i Sverige efter-satt tradition på området.

För att öka effektiviteten av insatta resurser i offentlig och annan verksamhet pågår försök med nya former och förutsättningar för styrning och påverkan. Framför allt handlar det om en övergång från en traditionell budgetstyrning till en resultat- och marknadsorienterad styrning inom olika samhällssektorer och då inte minst inom hälso- och sjukvården.

Ett viktigt instrument för statsmakternas inflytande är lagstiftningen. Ramlagarnas normer har betydelse bl.a. genom att fästa uppmärksamheten på grundläggande aspekter i en verksamhet. Regelstyrning i detaljfrågor via lagar och förordningar sker i varierande omfattning och medför i dagens komplexa samhälle ofta bristande flexibilitet och situationsanpassning. Mål- och resultatstyrning har istället kommit att få en alltmer framträdande plats. Den ställer krav på tydliga, meningsfulla och användbara målbeskrivningar samt metoder för att mäta effekter av olika insatser.

Ett av de första försöken att introducera en målstyrning på övergripande nivå inom hälso- och sjukvården skedde år 1974 i Canada genom den s.k. *Lalonderapporten*. Den analyserade nationens hälsa, diskuterade statens ambition att sätta upp mål, planera och organisera insatser i hälsofrämjande riktning samt formulerade de första nationella hälso-målen.

De bägge amerikanska utredningarna *Healthy People* och *Objectives for the Nation* år 1979 respektive år 1980 innebar också viktiga bidrag till utvecklingen av målbeskrivningar. Perspektivet i dessa omfattade allt från hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, vård och bot inom hälso- och sjukvården till åtgärder inom en rad andra samhällssektorer. Ett antal tydliga effektmål som framför allt syftade till reducerad dödlighet uppställdes.

Senare har en uppföljning gjorts i USA genom *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, en nära 700 sidor tjock målkatalog som publicerades år 1990. Underlaget till målen har tagits fram under tre år av tusentals företrädare för olika professioner, konsumenter och vetenskapliga discipliner som tillsammans med organisationer och myndigheter från olika samhällssektorer deltagit i en mängd olika arbetsgrupper.

WHO har också spelat en stor roll för utvecklingen av hälsomål i olika länder. Med det övergripande målet "*Hälsa för alla år 2000*" betonades behovet att utjämna skillnader i ohälsa mellan könen, sociala grupper och geografiska regioner. WHO:s Europaregion gav år 1985 ut en samlad hälsostrategi med 38 delmål som i hög grad blivit stilbildande. Ett flertal länder, t.ex. Danmark, Finland och Storbritannien, har också utvecklat egna nationella måldokument. WHO:s europamål har sedermera följts upp och reviderats.

Den engelska *The Health of the Nation* från år 1992 är särskilt intressant eftersom den innebar en brett förankrad process, ett politiskt beslut samt tydliga prioriteringar. Den engelska regeringen antog målen efter ett årslångt offentligt samtal och tillsatte samtidigt en tvärdepartemental regeringskommitté för att leda arbetet på området. Utifrån två övergripande mål om att reducera för tidig död och undvikbar ohälsa identifierades fem nyckelområden för insatser. Att stärka de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna inom sjukvårdsorganisationen och inom andra samhällssektorer sågs som en viktig uppgift.

Sverige har inte utvecklat något eget nationellt måldokument för hälsoområdet. Inte heller i hälso- och sjukvårdslagen finns annat än ett övergripande hälsomål samt ett antal mål för sjukvårdens servicekvalitet (tillgänglighet, etc.). En genomgång av lagstiftningen inom andra sektorer med verksamhet av stor betydelse för hälsoutvecklingen visar att hälsoaspekterna är mycket ojämnt och ofullständigt tillgodosedda. Det enda av WHO-målen som Sveriges riksdag tagit beslut om gäller minskningen av alkoholkonsumtionen med 25 procent.

På landstingsnivå har dock WHO-målen spelat en stor roll för att inspirera och stödja framför allt de yrkesgrupper som arbetar med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamheter. Några landsting har också med utgångspunkt från Europaregionens mål utarbetat egna mål.

Socialstyrelsen konstaterar i sin aktiva uppföljning av landstingens verksamhet att bristen på tydliga mål medför problem. Bl.a. bidrar det till ett olikartat mönster av "tomma rutor" i det att verksamhet helt saknas för vissa sjukdomsgrupper, riskfaktorer eller riskgrupper.

Det finns många skäl till att ställa upp mål. Mål ska exempelvis entusiasmera och peka ut en riktning. Flertalet internationella förebilder fyller den funktionen. En mängd noggrant övervägda effektmål om att minska dödlighet, sjuklighet och riskexponering har bidragit till detta.

Ett annat motiv är att tydliggöra prioriteringar för att underlätta beslutsfattandet både i olika verksamheters drift och vid överenskommelser mellan olika aktörer i samhället. Det vanliga är dock att publicerade målkataloger utgör önskelistor utan inbördes rangordning. Att med större precision beskriva det önskvärda är visserligen ett stort framsteg, men för att hantera de prioriteringsproblem som följer av ett strategiskt beslutsfattande krävs en ytterligare utveckling.

Ofta handlar dessa beslut om svåra överväganden för att finna den rätta balansen mellan olika insatsområden. För att skapa ett väl underbyggt beslutsunderlag är det nödvändigt att ta hänsyn till flera olika faktorer som är invävda i varandra.

Man behöver göra bedömningar av den sannolika utvecklingen mot bakgrund av hälsoproblemens tidstrend och i vilken utsträckning olika åtgärder vidtas. Vidare är det viktigt att bedöma den möjliga utvecklingen med hänsyn till tillgängliga eller i framtiden förväntade metoder.

I detta sammanhang bör man också försöka uppskatta vilka marginal-effekter som en åtgärd för med sig, och ställa dessa mot andra alterna-

tiva åtgärder som kan åstadkommas på andra områden. Bedömningen bör också omfatta de olika åtgärdernas kostnadseffektivitet.

Regeringens anser att det finns ett stort behov av tydligare hälsomål i Sverige. Vi bedömer också att det finns en möjlighet att ta ett steg framåt, vilket även borde bidra till den internationella förståelsen av hälsosektorns problematik. Vad som behövs är tydliga övergripande hälsomål och prioriterade hälsoeffektmål såväl inom hälso- och sjukvårdssektorn som inom andra samhällssektorer av betydelse för folkhälsan samt en ökad kunskap om vilken process som är nödvändig för att utveckla denna typ av mål till vägledning för regionala och lokala instansers arbete. Av särskild vikt är att konkreta mål och strategier tas fram vad gäller hälsans lika fördelning i olika befolkningsgrupper. För att åstadkomma adekvata och användbara mål förutsätts en omfattande problem-, sambands- och begreppsanalys samt epidemiologiska och andra samhällsmedicinska utredningar. Arbetet med att utveckla hälsomål förutsätter dessutom en process som ger utrymme för olika aktörs- perspektiv och en politisk diskussion.

Regeringen avser därför att tillsätta en utredning med uppgift att utarbeta underlag till nationella hälsomål. Kommittén, bör ha tillgång till den samlade svenska expertisen inom berörda myndigheter, framförallt Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, och forskningen. Vidare bör kommittén också beakta internationella erfarenheter, och med stöd av epidemiologiska och andra metoder, beskriva och analysera den svenska utvecklingen samt skapa en dialog med viktiga intressenter.

Målen ska kunna tjäna som vägledning för såväl hälso- och sjukvården som för andra sektorer där förebyggande insatser behövs t.ex. inom socialpolitik och miljöpolitik. Förutom övergripande mål behöver prioriterade strategiska mål utarbetas. Det är därför betydelsefullt att kriterierna för prioriteringarna tydliggörs och diskuteras.

7.3 Förbättrad information, kunskap och kompetens på folkhälsoområdet

Regeringens bedömning: Regeringen anser att folkhälsovetenskap bör vara ett prioriterat område även fortsättningsvis. För att kunna finansiera datainsamlingen i större, ofta longitudinella forskningsprojekt är det viktigt att utveckla samverkan mellan olika forskningsfinansiärer. Vidare bör medel från de forskningsstiftelser som upprättas med anledning av utvecklingen av löntagarfonderna kunna användas för större projekt. En förutsättning är givetvis att forskningsinsatserna är av det slag som anges i stiftelseurkunderna. Regeringen avser vidare att låta utvärdera den folkhälsovetenskapliga utbildningen på högskolenivå, med särskilt fokus på Master of Public Health-utbildningen.

Skälen för regeringens bedömning: Folkhälsoområdet är mycket kunskapsintensivt. För att fördela begränsade allmänna resurser spelar vetenskapligt baserad kunskap en framträdande roll.

Den vetenskapliga utvecklingen på hälsoområdet har under de senaste decennierna varit mycket intensiv. Synen på flera vanliga och allvarliga kroniska sjukdomar har förändrats när nya orsaker identifierats och nya hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder befunnits effektiva. Särskilt framträdande har kunskaps- och metodutvecklingen varit inom epidemiologin.

Regeringen anser att folkhälsovetenskap bör vara ett prioriterat område även fortsättningsvis. Sverige har i flera avseenden mycket goda förutsättningar för att kartlägga sjukdomsorsaker med epidemiologiska metoder och har därför ur globalt perspektiv ett ansvar för att genomföra sådana studier. Flera forskargrupper har också börjat nå en sådan kompetensnivå att de kan konkurrera om europeiska och amerikanska forskningsmedel.

Regeringen delar också den uppfattning som en arbetsgrupp inom Medicinska forskningsrådet (MFR) uttryckte år 1992 om att utvärdering av primärpreventiva interventioner på befolkningsnivå är ett problemområde som inte utvecklats i tillräcklig omfattning. Särskilda insatser behöver göras i kompetenshöjande riktning.

Folkhälsoinstitutet samarbetar med Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi (SBU) i ett projekt som bl.a. studerar värdet av samhällsinriktat förebyggande arbete kring hjärt- och kärlsjukdomar.

Ett särskilt problem inom folkhälsovetenskapen som inte minst gäller studier med epidemiologisk metodik är att datainsamlingen ofta är mycket kostsam. Detta har påpekats många gånger tidigare från flera håll, bl.a. i fjolårets forskningsproposition (prop. 1992/93:170). Situationen har liknats vid den naturvetenskapliga forskningens behov av investeringar i dyrbar maskinell utrustning till vilket särskilda medel har avsatts. Eftersom varje forskningsfinansiering ofta är intressant bara i delar av ett större projekt är det av stor vikt att forskningsråden utvecklar ett samrådsförfarande vid finansieringen av stora studier så att samfinansiering blir en reell möjlighet. Ett steg i denna riktning är den kommitté för longitudinell forskning som Forskningsrådsnämnden (FRN) inrättat i samråd med andra forskningsråd. Vidare är det regeringens uppfattning att de forskningsstiftelser som upprättas med anledning av utvecklingen av löntagarfonderna bör kunna komma ifråga för finansiering av större folkhälsovetenskapliga projekt. En förutsättning är givetvis att forskningsinsatserna är av det slag som anges i stiftelseurkunderna.

Epidemiologisk bevakning och analys är en viktig uppgift för många myndigheter och organisationer på såväl nationell som lokal nivå. På nationell nivå har Socialstyrelsen en central roll genom ansvaret för nationella sjukdomsregister och den nationella folkhälsoberättelsen. Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen har också tillsammans med WHO och landstingens samhällsmedicinska enheter startat ett utvecklingsprojekt kring epidemiologisk bevakning.

Folkhälsoinstitutet, Arbetskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån, Kemikalieinspektionen, Riksförsäkringsverket och Vägverket är exempel på andra myndigheter med delansvar för den epidemiologiska bevakningen på nationell nivå.

På regional och lokal nivå har landstingens samhällsmedicinska funktioner och kommunernas hälsoskyddsverksamhet viktiga uppgifter. En central roll spelar också forskningsinstitutioner med inriktning på epidemiologi, samhälls-, social- och yrkesmiljömedicin.

De epidemiologiska bevakningsfunktionerna behöver dock utvecklas till en mer aktiv och systematisk process där uppföljning, utvärdering och fördjupade analyser följs av praktiskt folkhälsoarbete. Bland annat krävs förstärkt samverkan mellan myndigheter, regionala och lokala organisationer samt forskningsinstitutioner för att den epidemiologiska bevakningsfunktionen skall ge ett mer aktivt underlag för hälsopolitiken.

Att miljöaspekter måste tas med i bilden vid offentligt beslutsfattande blir allt mer etablerat. I plan- och bygglagsutredningens delbetänkande (SOU 1994:36) föreslås till exempel att en miljökonsekvensbeskrivning skall upprättas i de fall detaljplanen medger åtgärder som innebär betydande inverkan på miljön, hälsan och säkerheten eller hushållningen med naturresurser. Redan existerande krav i nuvarande miljölagar utvecklas i regeringens förslag till lagrådsremiss om miljöbalk.

Som redan framgått är det regeringens uppfattning att också hälsoaspekternas roll behöver förstärkas. Detta kräver tillgång till hälsokonsekvensbeskrivningar. Regeringens bedömning är att det finns två vägar att gå. Dels bör berörda myndigheter och forskningsfinansiärer med sektorsansvar ta initiativ för att stimulera utvecklingen av begrepp, mått och metoder för hälsokonsekvensanalyser, dels bör man hitta former för att pröva hur dagens kompetens kan utnyttjas. Sannolikt krävs också utbildningsinsatser för att ge bredare kretsar större kompetens vad gäller epidemiologi och riskvärdering.

Det finns i dag fortfarande brister när det gäller miljömedicinsk kunskap i landet. De flesta landsting har i dag någon form av samhällsmedicinsk verksamhet men endast ett fåtal landsting har miljömedicinsk kompetens. En ytterligare brist är att det i dag endast finns ett fåtal läkare i landet som är verksamma inom miljömedicinen.

Det finns ett stort behov av samhällsmedicinsk och folkhälsovetenskaplig kompetens inom både folkhälsoarbetet och inom hälso- och sjukvården. Detta märks inte minst i anslutning till pågående förändringar inom hälso- och sjukvården med en övergång till inre marknader. Någon formell utvärdering har inte gjorts men enskilda rapporter talar för att nödvändig samhällsmedicinsk expertis blivit en bristvara.

En fullständig utbildning till Master of Public Health finns för närvarande vid Nordiska hälsovårdsskolan i Göteborg och vid Karolinska Institutet, men bara som särskilda kurser och inte som en fast linje. Ett helt program håller på att genomföras vid Umeå Universitet. Regeringen avser att låta utvärdera den folkhälsovetenskapliga utbildningen på högskolenivå med särskilt fokus på Master of Public Health-utbildningen.

7.3.1 Utveckling av metoder och modeller för folkhälsoarbete i syfte att skapa en god hälsa i hela befolkningen.

Regeringens bedömning: Regeringen avser att uppdra till Folkhälsoinstitutet att före utgången av maj 1995 till regeringen inkomma med en rapport som visar hur arbetet fortskrider med att utveckla metoder och modeller för att i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet nå de mest utsatta grupperna.

Genom att inrätta Folkhälsoinstitutet markerade staten hur allvarligt man såg på skillnaderna i hälsoutveckling för olika grupper i befolkningen. Institutets resurser har sedan 1992/93 ökat med 20 miljoner kronor årligen enligt de ursprungliga intentionerna. Institutets budget uppgår för budgetåret 1994/95 därmed till 160 miljoner kronor (exklusive särskilda medel om 161 miljoner kronor för insatser mot aids, som förvaltas av institutet). En av institutets viktigaste uppgifter är att bidra till förutsättningar för att skapa en god hälsa i hela befolkningen och att utifrån vetenskaplig förankring bl.a. utveckla metoder för folkhälsoarbetet. Av Socialstyrelsens rapport om landstingens folkhälsoansvar (1994), framgår bl.a. att sjukvårdshuvudmännen i stor utsträckning saknar såväl dokumenterade mål och strategier som metoder för folkhälsoarbete som syftar till att utjämna oönskade hälsoskillnader.

Mot denna bakgrund avser regeringen att uppdra till Folkhälsoinstitutet att före utgången av maj 1995 till regeringen inkomma med en rapport som visar hur arbetet fortskrider med att utveckla metoder och modeller för att i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet nå de mest utsatta, särskilt då vissa grupper bland befolkningens kvinnor samt invandrargrupperna.

7.3.2 Fortsatt uppföljning av hälso- och sjukvårdshuvudmännens folkhälsoarbete

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen bör fortsätta det påbörjade arbetet med att utveckla modeller för kvalitetsuppföljning av folkhälsoarbetet liksom uppföljningen av landstingens folkhälsoansvar. Uppföljningsarbetet bör omfatta samtliga huvudmän.

Varje samhällssektor har ett ansvar för att utveckla, följa upp och kvalitetssäkra sitt folkhälsoarbete. På nationell nivå fördelas tillsyns/uppföljningsansvaret mellan en rad myndigheter som var och en inom sitt ansvarsområde har att följa upp folkhälsoarbetet. Regeringen vill understryka att det är angeläget att sådana uppföljningar sker vad gäller såväl hälso- och sjukvårdens som skolans, arbetslivets och andra samhällssektors folkhälsoarbete i förhållande till nationella intentioner och

mål så att en samlad bedömning kan ske på regeringsnivå av hur folkhälsoarbetet utvecklas i landet. En sådan bedömning bör ligga till grund för den nationella målsättningsdiskussionen som bör ske vad gäller folkhälsofrågorna inom en snar framtid. Den nyligen redovisade utvecklingen av folkhälsan i Danmark inger farhågor liksom den instabila hälsosituationen i våra grannländer i Baltikum och vissa östländer, t.ex. när det gäller vissa infektionssjukdomar som difteri och tuberkulos. Detta kräver ökad framsynthet och beredskap på nationell nivå också i vårt land.

Utifrån Socialstyrelsens redovisning av landstingens folkhälsoansvar har Socialstyrelsen formulerat ett antal grundläggande kriterier som kan anses vara viktiga vid uppföljningen av folkhälsoarbetet och som i huvudsak ligger till grund för de systemuppföljningar som görs av Socialstyrelsen. Dessa kriterier kan också används vid huvudmännens kvalitetsuppföljning av det egna folkhälsoarbetet.

Utvecklingen av modeller och metoder för kvalitetsuppföljning av folkhälsoarbete måste ske i dialog mellan huvudmännen och de nationella myndigheterna inom respektive sektor. Socialstyrelsen bedriver inom sin sektor detta arbete dels inom ramen för sin länsvisa aktiva uppföljning av folkhälsoarbete, dels i samarbete med huvudmännen i ett antal utvecklingsprojekt som inriktats på kvalitetsuppföljning av folkhälsoarbete och folkhälsostrategier och som kommer att ligga till grund för en systematisering av erfarenheterna.

Regeringen anser att det är av största vikt att Socialstyrelsens påbörjade arbete med utveckling av modeller för kvalitetsuppföljning av folkhälsoarbetet fortsätter liksom uppföljningen av landstingens folkhälsoansvar. Socialstyrelsen bör vidare inom ramen för sitt sektorsansvar fortsatt följa och utvärdera primärpreventionens villkor i de nya styrsystemen inom landstingen och kommunerna.

7.4 Utveckling av metoder och modeller för att stödja folkhälsoarbetet i de nya styrsystemen hos sjukvårdshuvudmännen

Regeringens bedömning: Det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet behöver säkerställas i samband med en övergång till nya organisations- och styrformer. Folkhälsoinstitutet bör därför ges i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet utveckla metoder och modeller för att stödja sjukvårdshuvudmännens folkhälsoarbete i samband med övergång till nya styrsystem.

Skälen för regeringens bedömning: Ett antal sjukvårdshuvudmän har förändrat eller avser att förändra sina styrsystem för att skapa bättre kostnadseffektivitet i sjukvården.

Det förekommer i huvudsak två typer av ekonomiska styrsystem – den traditionella budgetmodellen samt beställare – utföraremodellen vilken ibland också benämns köp – säljmodellen. För närvarande har nära hälften av sjukvårdshuvudmännen någon form av beställarmodell, bl.a. Stockholm, Dalarna, Södermanland och Bohuslänstinget.

De olika modellerna har både likheter och skillnader, särskilt vad gäller frågan om hur beställaruppgiften har lösts. I Södermanland är den uppgiften centralt placerad på landstingsstyrelsens avtalsenhet. I Dalarna och Bohuslän har uppgiften fördelats ut på ett femtontal styrelser med samma geografiska ansvarsområde som kommunerna. I Stockholm ligger beställaransvaret på nio sjukvårdsområden.

De sjukvårdshuvudmän som prövar olika former av beställare – utföraremodeller har ett befolkningsmässigt stort upptagningsområde, vilket innebär att dessa förändringar kan komma att få konsekvenser för betydande delar av landets befolkning. Det är inte heller osannolikt att dessa sjukvårdshuvudmän kommer att stå som förebild för andra landsting, som avser att förändra sina styrsystem.

Av Socialstyrelsens rapport – Landstingens folkhälsoansvaren uppföljning (1994) – framgår att visst individbaserat förebyggande hälsoarbete har kunnat integreras i prestationsersättningsystemet, men att befolkningsinriktat primärpreventivt arbete är svårare att dela upp i enskilda prestationer. Detta innebär att den mer anslagslika ersättningsformen fortfarande är den vanligaste för sådan verksamhet. I rapporten betonas att de hittillsvarande erfarenheterna av "köp – säljsystemens" konsekvenser på folkhälsoarbetet är begränsade eftersom systemen fortfarande är i ett uppbyggnadsskede.

I arbetet med att fördela resurser ställs ofta det kortsiktiga perspektivet mot det långsiktiga, vilket ger upphov till många svåra prioriteringsproblem på beslutsfattande nivå.

Folkhälsoarbete efterfrågas inte på samma sätt som sjukvård eller viss individinriktad prevention. Således kan en efterfrågestyrd resursfördelning inom detta område, i förening med en starkt decentraliserad beställarfunktion, leda till att folkhälsoarbetet kommer att få svårt att hävda sig.

Det har från olika håll uttryckts ett behov av en tydligare markering från central nivå av vikten av folkhälsofrågorna och det preventiva arbetet, bl.a. för att ge detta arbete en ökad legitimitet samt för att underlätta prioriteringar.

Det förebyggande arbetet kräver ofta långsiktiga och uthålliga insatser för att nå resultat. Det måste i första hand värderas efter sin förmåga att åstadkomma bättre hälsa för befolkningen och inte för att reducera framtida kostnader.

Regeringen delar Socialstyrelsens uppfattning om att erfarenheterna från de nya styrsystemen inte är tillräckliga för att några generella slutsatser av hur dessa system påverkar folkhälsoarbetet kan dras. Det står emellertid klart att det finns ett behov av metoder och modeller för hur ansvariga beslutsfattare på ett bra sätt skall kunna beställa folkhälsoar-

bete. Detta område har i mycket ringa omfattning berörts i tidigare utrednings- och utvecklingsarbeten.

Det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet behöver säkerställas i samband med en övergång till nya styrsystem inom hälso- och sjukvården.

Regeringen avser därför att uppdra åt Folkhälsoinstitutet att i samarbete med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet utveckla metoder och modeller för att stödja sjukvårdshuvudmännens folkhälsoarbetet i samband med övergång till beställareutförarmodeller.

7.5 Sveriges engagemang i det internationella folkhälsoarbetet

Regeringens bedömning: Sveriges starka engagemang vad gäller hälsofrågor i det internationella samarbetet bör fortsätta. Hög prioritet bör ges att bevaka och driva folkhälsofrågor inom ramen för EU.

Skälen för regeringens bedömning: Sverige har av tradition haft ett mycket starkt engagemang vad gäller hälsofrågor inom det internationella samarbetet. Detta gäller inte minst inom WHO där ett arbete nu bedrivs i syfte att effektivisera verksamheten.

På europeisk nivå är flera aktörer aktiva inom hälsoområdet. Det gäller inte minst WHO, Europarådet och EU. En viktig uppgift är att samordna insatserna så att dessa blir så effektiva som möjligt och att undvika onödigt dubbelarbete. Viktiga steg i denna riktning har redan tagits och vissa gemensamma projekt inletts. Det tidigare nämnda "European Network for Health Promoting Schools" är ett exempel på en sådan samordning.

Det finns starka skäl för Sverige att inom EU engagera sig i frågor av betydelse för folkhälsan. Det rör sig i första hand om det samarbete och de konkreta program som har inletts eller planeras inom folkhälsoområdet. Men det är också viktigt att hälsoaspekter tas med i beredningen av beslut inom andra sektorer och direktorat.

Sverige bör söka observatörstatus i "Steering Committee for Health Promotion". Till denna "steering committee" finns planer på att koppla ett nätverk av "National Health Agencies". Ur svensk synpunkt är det viktigt att påverka utformningen av EU:s folkhälsoarbete till förmån för mer befolkningsinriktade insatser och med utgångspunkt att skapa gynnsamma förutsättningar för människors hälsa vid sidan av det nuvarande arbetssätt med fokusering på sjukdomar, t.ex. cancer. Om ett nätverk av "National Health Agencies" bildas redan under år 1994 bör Sverige försöka att bli associerat i avvaktan på ett definitivt ställningstagande om svenskt medlemskap. Vidare bör kanalerna till Generaldirektorat V vidareutvecklas för att få tillgång till löpande information.

En viktig roll för EU:s folkhälsoarbete kommer att bli uppföljning av hälsoutvecklingen genom olika former av hälsodata. Denna fråga berör i Sverige närmast Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen, men är av intresse också för bl.a. Folkhälsoinstitutet. Frågan om hur personrelaterade data skall hanteras är i detta sammanhang av stor betydelse. Andra viktiga frågor är att säkra validiteten på data och att skapa möjligheter till reella jämförelser. Det är viktigt att det sker en samordning mellan WHO, Europarådet och EU så att uppgifterna endast samlas in vid ett och samma tillfälle för att undvika onödigt dubbelarbete.

Ifråga om de svenska nationella programområden som finns på folkhälsoområdet kommer de kontakter som etableras i samband med ett svenskt medlemskap att väcka frågor om svenska initiativ. Det ligger också nära till hands att aktualisera forskningssamarbete som rör folkhälsa (generaldirektorat XII) och att initiera ett programsamarbete kring olycksfalls- och skadeförebyggande insatser, där verksamheter redan är etablerade på europeisk nivå.

I det arbete som är riktat till östra och centrala Europa med WHO:s europakontor som bas, finns det starka skäl för ett svenskt engagemang i frågor som rör hiv/aids, aborter och sexuellt överförbara sjukdomar liksom drogförebyggande insatser.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 19 maj 1994

Närvarande: statsministern Bildt, ordförande, och statsrådet B. Westerberg, Friggebo, Laurén, Hörnlund, Olsson, Svensson, Dinkelspiel, Hellsvik, Wibble, Björck, Könberg, Lundgren, Unckel, P. Westerberg, Ask.

Föredragande: statsrådet Könberg

Regeringen beslutar skrivelse 1993/94:247, Investera i hälsa – Prioritera för hälsa.

